

# **L'obligation de suivre : le défi du médecin d'urgence**

Par  
Gabrielle Trépanier

DRT 786  
Essai soumis à la Faculté de droit  
En vue de l'obtention du grade de « Maître en droit »  
Université de Sherbrooke

Novembre 2017

© Gabrielle Trépanier, 2017

## **RÉSUMÉ**

Les défis de l'obligation de suivi sont bien réels pour un médecin d'urgence québécois qui pratique dans un environnement dans lequel plus du tiers des patients n'ont toujours pas de médecins de famille. À différentes occasions, les Tribunaux ont souligné le contexte particulier du travail à la salle d'urgence et la notion que le patient y est de « passage ». Par contre, l'étude de la jurisprudence et de la doctrine révèle que l'obligation de suivi qui incombe au médecin qui pratique à l'urgence est particulièrement exigeante.

L'intensité de l'obligation de suivre se traduit par un suivi clinique attentif, des prescriptions pharmacologiques sécuritaires et un suivi serré des résultats des investigations. Lorsqu'une consultation à la salle d'urgence prend fin, le médecin et le patient ont des responsabilités quant au suivi de la condition médicale. Le médecin doit remplir son obligation d'information afin de donner un « congé éclairé » au patient. De son côté, le patient a l'obligation de collaborer aux soins et de suivre les recommandations. Enfin, l'étendue de l'obligation de suivre est importante, mais elle n'est pas infinie : les tribunaux y ont reconnu quelques limites qui viennent mettre un terme à l'obligation de suivre.

## **ABSTRACT**

The challenges inherent in the duty to attend are very real for a Quebec emergency physician who practises in an environment in which more than a third of patients still do not have a family physician. On various occasions, the courts have highlighted the special context of working in an emergency room and the notion the patients are just «passing through». Yet, an examination of related jurisprudence and doctrine reveals that the duty to attend on the part of the emergency room physician can be particularly onerous.

The intensity of the duty to attend requires that there be a careful clinical follow-up, careful pharmacological prescriptions and a close monitoring of the results of investigations. When the consultation in the emergency room ends, both the physician and the patient have the responsibility of monitoring the subsequent evolution of the medical condition involved. The physician must fulfill his or her duty to provide adequate information in order to ensure that the patient is truly informed upon discharge. The patient has a duty to collaborate both during treatment and follow-up. Although the extent of the duty to attend is important, it is not unlimited. Indeed, the courts have recognized certain situations that may put an end to or suspend this duty.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>TABLE DES MATIÈRES</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>4</b>
<b>1-L'INTENSITÉ DE L'OBLIGATION DE SUIVRE</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Le suivi clinique du patient</b>	<b>7</b>
1.1.1 Les conditions chirurgicales	8
1.1.2 Les conditions médicales	11
<b>1.2 Les prescriptions pharmacologiques</b>	<b>14</b>
1.2.1 Le suivi des laboratoires	14
1.2.2 La surveillance des effets secondaires	15
<b>1.3 Les résultats des investigations</b>	<b>18</b>
1.3.1 Le rôle de l'hôpital	18
1.3.2 Les obligations du médecin	21
<b>2-LES LIMITES DE L'OBLIGATION DE SUIVRE</b>	<b>27</b>
<b>2.1 Le congé éclairé</b>	<b>28</b>
2.1.1 La décision d'accorder le congé	29
2.1.2 Le filet de sécurité	32
2.1.3 Les instructions écrites	36
<b>2.2 Les obligations du patient</b>	<b>38</b>
2.2.1 L'obligation de collaborer	39
2.2.2 Le suivi des recommandations	41
2.2.3 Le partage des responsabilités	43
<b>3-LA FIN DE L'OBLIGATION DE SUIVRE</b>	<b>49</b>
3.1 Le patient met fin au suivi	50
3.2 Les transferts	51
3.3 Le médecin met fin au suivi	56
<b>CONCLUSION</b>	<b>58</b>
<b>ANNEXE1</b>	<b>61</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>62</b>

## Introduction

En 2016, le Collège des médecins du Québec dénombrait plus de 300 enquêtes concernant des suivis inadéquats de la part des médecins<sup>1</sup> et déplorait la hausse constante des plaintes quant à l'obligation de suivi qui incombe à tous les médecins<sup>2</sup>. La responsabilité d'assurer un suivi adéquat est devenue, pour les médecins, une tâche colossale avec le vieillissement de la population et les problèmes de santé multiples et chroniques des patients. La fréquentation des urgences par la population de plus de 75 ans augmente sans cesse<sup>3</sup> et il y a de plus en plus d'acteurs impliqués dans un seul épisode de soins hospitaliers<sup>4</sup> ce qui complexifie le suivi du médecin d'urgence.

En décembre dernier, l'Association canadienne de protection médicale (ci-après « ACPM ») publiait ses statistiques à propos des dossiers médicaux légaux qui portaient sur les problèmes de suivi. Le document soulignait que la majorité des dossiers de suivi d'un diagnostic (51 %) et de suivi d'une pharmacothérapie (60 %) a donné lieu au dépôt d'une plainte auprès d'un organisme de régulation de la médecine et représentait ainsi le type le plus fréquent de plaintes<sup>5</sup>. Il est intéressant de noter que dans 85 % de ces dossiers, le résultat s'est avéré être en faveur des patients. Autre

---

<sup>1</sup> MATHIEU STE-MARIE, «Hausse inquiétante des plaintes à l'endroit des médecins», (26 mai 2017) ProfessionSanté.ca, en ligne : <<http://www.professionsante.ca/medecins/ma-pratique/droit-et-pratique/suivi-des-resultats-dexamens-medicaux-hausse-inquietante-des-plaintes-42119>> (site consulté le 3 juillet 2017).

<sup>2</sup> CHARLES BERNARD, «Ce n'est pas moi, c'est l'autre», (12 mai 2017) Le Collège des médecins du Québec, en ligne : <<http://www.cmq.org/nouvelle/fr/ce-n-est-pas-moi-c-est-l-autre.aspx>> (site consulté le 2 juillet 2017).

<sup>3</sup> LA PRESSE.CA, «DIXIÈME PALMARÈS DES URGENCES : TABLEAU ET CARTE INTERACTIVE», (Publié le 26 mai 2015 à 05h00) lapresse.ca, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/multimedias/201505/25/01-4872443-dixieme-palmares-des-urgences-tableau-et-carte-interactive.php>> (site consulté le 2 juillet 2017) : « Le vieillissement de la population contribue à alourdir la tâche aux urgences. Le pourcentage de personnes âgées de plus de 75 ans est un indicateur de la gravité des cas. Les hôpitaux où le nombre de personnes âgées sur civière est élevé sont souvent plus débordés ».

<sup>4</sup> JEAN-FRANÇOIS LEROUX, «La responsabilité médicale dans le contexte de la médecine multidisciplinaire: d'une responsabilité individualisée vers une responsabilité collective», dans S.F.C.B.Q., Développement récents en droit médico-légal et responsabilité des chirurgiens (2011), Cowansville, Éditions Yvon Blais, p.2.

<sup>5</sup> ACPM, Suivi des investigations et des pharmacothérapies : Certains milieux de pratique sont-ils plus à risque?, Sécurité des soins, Décembre 2016, en ligne : < [https://www.cmpa-acpm.ca/fr/safety/-/asset\\_publisher/N6oEDMrzRbCC/content/shifting-practice-settings-makes-following-up-investigations-and-monitoring-medication-tougher-strategies-for-managing-risks](https://www.cmpa-acpm.ca/fr/safety/-/asset_publisher/N6oEDMrzRbCC/content/shifting-practice-settings-makes-following-up-investigations-and-monitoring-medication-tougher-strategies-for-managing-risks)> (site consulté le 6 février 2017).

élément pertinent, il appert que ce sont les médecins de famille et les urgentologues qui sont les professionnels médicaux les plus souvent mis en cause<sup>6</sup>.

Les défis de l'obligation de suivi sont bien réels pour un médecin d'urgence québécois qui pratique dans un environnement dans lequel plus du tiers des patients n'ont toujours pas de médecin de famille<sup>7</sup>. La situation est encore plus complexe pour les médecins qui travaillent sur des postes de remplacement ou de dépannage<sup>8</sup>. Et dans le contexte de l'absence d'un dossier unique informatisé, comment s'assurer qu'il n'y a pas d'information vitale qui se perd? Comment s'assurer que les résultats critiques soient tous communiqués au médecin traitant qui ne travaille pas au sein de l'établissement? Notre système s'avère imparfait et de nombreux patients subissent les conséquences d'un suivi inadéquat.

Dans cet essai, nous tenterons de mieux circonscrire l'étendue de l'obligation de suivi propre au médecin d'urgence, en étudiant les devoirs de ce dernier. Nous aborderons d'abord les particularités du suivi chirurgical et médical du patient. Par la suite, les obligations en lien avec le suivi pharmaceutique et le suivi des investigations seront discutées. En deuxième partie, nous définirons les limites de l'obligation de suivi. Notamment, nous explorerons comment le « congé éclairé » et la responsabilité partagée avec le patient et ses proches peuvent être des pistes de solution pour répondre aux exigences de l'obligation de suivi dans le contexte du travail à l'urgence. Finalement, nous aborderons les différentes circonstances qui mettent fin à l'obligation de suivi du médecin d'urgence.

---

<sup>6</sup> Id., voir annexe 1

<sup>7</sup> ARIANE KROL, « Accès aux médecins de famille: Sauver la face », (6 octobre 2016) lapresse.ca, en ligne: <<http://www.lapresse.ca/debats/editoriaux/ariane-krol/201610/06/01-5028001-acces-aux-medecins-de-famille-sauver-la-face.php>> (site consulté le 2 juillet 2017).

<sup>8</sup> Le mécanisme de dépannage consiste à soutenir le manque d'effectif médical dans les services d'urgence de première ligne. Le mécanisme de dépannage est géré par le Comité paritaire FMOQ-MSSS, à partir d'une demande provenant d'un établissement visé par l'article 30.00 de l'entente générale des médecins omnipraticiens. RAMQ, Manuel des médecins omnipraticiens, Brochure No1, mise à jour 30 octobre 2017, en ligne <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/manuels/Pages/brochure-1.aspx> (site consulté le 3 novembre 2017), Chapitre VIII-disposition relatives aux effectifs médicaux, art. 30.00.

## 1-L'intensité de l'obligation de suivre

La relation entre un patient et son médecin s'établit traditionnellement par un contrat médical<sup>9</sup>. Ce contrat prévoit quatre obligations essentielles : renseigner et soigner le patient, respecter le secret professionnel et assurer le suivi du patient<sup>10</sup>. Il est important de noter que cette obligation de suivre revêt la même intensité en matière extracontractuelle<sup>11</sup>. Cependant, à la salle d'urgence, il est fréquent qu'un contrat ne puisse pas se former, par exemple, lorsqu'un médecin d'urgence traite un patient inconscient<sup>12</sup>. L'obligation de suivre est donc un devoir légal qui incombe au médecin d'urgence qui rencontre un patient.

Au Québec, l'obligation de suivre découle des règles de responsabilité civile générale établies par le *Code civil du Québec*<sup>13</sup>. Par contre, certaines lois spécifiques touchent particulièrement à l'obligation de suivre du médecin. Notamment, la *Loi sur les services de santé et services sociaux* (ci-après « LSSSS ») réfère à la notion de suivi médical à l'article 5:

« Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire. »<sup>14</sup>

Plus particulièrement, le *Code de déontologie des médecins*<sup>15</sup> prévoit certains articles qui insistent sur la nécessité de suivi médical :

« 32 al. 1. Le médecin qui a examiné, investigué ou traité un patient est responsable d'assurer le suivi médical requis par l'état du patient, à la suite de son intervention, à moins de s'être assuré qu'un autre médecin, un autre professionnel ou une autre personne habilitée puisse le faire à sa place. »

---

<sup>9</sup> Voir X c. Mellen, [1957] B.R. 359 p. 408 : « Dès que le patient pénètre dans le cabinet de consultation du médecin, prend naissance entre celui-ci et le malade, par lui-même et pour lui-même, un contrat de soins professionnels ».

<sup>10</sup> SUZANNE PHILIPS-NOOTENS, ROBERT P. KOURI ET PAULINE LESAGE-JARJOURA, *Éléments de responsabilité civile médicale : le droit dans le quotidien de la médecine*, 4e édition, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2016, p. 147 et ss, Titre II : La mise en œuvre de l'obligation médicale.

<sup>11</sup> Id., par. 47 : « Étant donné la nature de l'obligation médicale, son contenu reste, en l'absence de contrat, le même que lorsqu'il y a contrat ».

<sup>12</sup> Id., par. 42.

<sup>13</sup> Code civil du Québec, L.Q. 1991, c. 64, art. 1457.

<sup>14</sup> Loi sur les services de santé et services sociaux, RLRQ, c. S-4.2 art 5. (ci-après « LSSSS »).

<sup>15</sup> Code de déontologie des médecins, RLRQ, c. M-9, r.17, art. 32 al.1.

« 33. Le médecin qui dirige un patient vers un autre médecin doit assumer la responsabilité de ce patient aussi longtemps que cet autre médecin n'a pas pris celui-ci en charge.

Le *Code de déontologie des médecins* ne renvoie cependant pas à la situation particulière d'un patient qui consulte au service d'urgence. Ceci étant dit, l'article 35 réfère à l'impossibilité de suivi :

« 35. Le médecin qui ne peut plus assumer le suivi médical requis chez un patient doit, avant de cesser de le faire, s'assurer que celui-ci peut continuer à obtenir les services professionnels requis et y contribuer dans la mesure nécessaire. »<sup>16</sup>

Il s'agit d'une disposition qui pourrait s'appliquer au contexte particulier du médecin qui pratique uniquement à la salle d'urgence. Nous y reviendrons dans la deuxième partie de cet essai.

Ainsi donc, l'obligation de suivre prend forme dès que le médecin rencontre un patient, lui prodigue des soins, débute un traitement ou une investigation et cela, indépendamment du contexte de soins<sup>17</sup>. La mise en œuvre de l'obligation de suivre est analysée par la jurisprudence et la doctrine. Dans la prochaine partie, nous explorerons les trois situations cliniques qui définissent l'obligation de suivi du médecin : le suivi que requiert l'état clinique du patient, le suivi de la pharmacothérapie et finalement, le suivi des résultats des investigations.

## **1.1 Le suivi clinique du patient**

Tout d'abord, rappelons que le suivi clinique du patient est une composante essentielle de la prise en charge des patients. Que ce soit à la suite d'une intervention médicale complexe au bloc opératoire ou tout simplement d'une évaluation médicale à l'urgence, le médecin traitant doit faire le suivi que l'état clinique du patient requiert.

---

<sup>16</sup> Id., art 35.

<sup>17</sup> JEAN-PIERRE MENARD, «L'obligation de suivre du chirurgien», dans S.F.P.B.Q., *Développements récents en droit médico-légal et responsabilité des chirurgiens*, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2011, p.2.

En 2008, le Collège des médecins du Québec rappelait à ses membres que « l'obligation de suivi médical incombe à tous les médecins, quels que soient leur type et leur lieu d'exercice »<sup>18</sup>. De leur côté, les professeurs Philips-Nootens et Kouri soulignent que le médecin doit être consciencieux dans l'établissement du diagnostic et qu'il doit « proposer une conduite à tenir ou un traitement et enfin, il se doit de contrôler l'efficacité ou l'échec de celui-ci »<sup>19</sup>. L'obligation de suivi en responsabilité médicale en est une de moyen et non de résultat : le comportement du médecin sera analysé à savoir s'il a pris tous les moyens raisonnables, tel un médecin diligent et consciencieux, pour assurer un suivi médical adéquat à son patient<sup>20</sup>.

Le médecin qui travaille à la salle d'urgence va traiter des conditions autant médicales, par exemple un infarctus cardiaque, que chirurgicales comme la réparation d'une plaie<sup>21</sup>. Ainsi, la prochaine section propose une analyse jurisprudentielle et doctrinale du suivi particulier que requièrent les conditions chirurgicales, puis celui que requièrent les conditions médicales.

### **1.1.1 Les conditions chirurgicales**

Les disciplines chirurgicales sont particulièrement sujettes à connaître des évolutions défavorables, vu le niveau de risque intrinsèque à la procédure chirurgicale. Le chirurgien doit donc assurer un suivi postopératoire d'autant plus attentif. Dans l'affaire *Bolduc c. Lessard*<sup>22</sup>, un patient opéré pour une hernie inguinale subit une complication causée par une erreur du chirurgien lors de l'opération : une suture trop serrée entraîne une ischémie du testicule. La preuve démontre que le geste n'était pas fautif, mais que le suivi postopératoire du chirurgien était négligent. Les faits sont révélateurs : le chirurgien a refusé de se rendre au chevet du patient souffrant avant

---

<sup>18</sup> MARIO DESCHENES, «Le suivi médical : il y va de la santé de vos patients», (Printemps 2008), 48, no 2, LE COLLÈGE, 15.

<sup>19</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R.P. KOURI ET P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 10, par. 371.

<sup>20</sup> Id., par. 46.

<sup>21</sup> Il est intéressant de noter que certaines salles d'urgence sont divisées en « urgence médicale » et « urgence chirurgicale ». Ainsi, certains urgentologues pédiatriques ont une formation exclusivement médicale et ne feront pas de quart de travail « d'urgence chirurgicale ».

<sup>22</sup> *Bolduc c. Lessard*, [1989] R.R.A. 350, 357. (C.S.) (confirmé par [1993] R.R.A. 291 (C.A.)).



son congé de l'hôpital, se contentant de prescrire des analgésiques. La preuve démontre que le chirurgien a manqué de vigilance et n'a pas considéré véritablement les plaintes douloureuses du patient, tant à l'hôpital que lors du rendez-vous de suivi qui a pourtant eu lieu. Cette faute s'est avérée causale du préjudice subi par le patient et le chirurgien a été tenu responsable.

Ainsi, assurer un suivi postopératoire n'est pas suffisant pour rencontrer les obligations qui découlent du devoir de suivre les patients. Il est nécessaire d'être vigilant dans le suivi de l'état clinique du patient. Dans l'affaire *Drolet c. Parenteau*<sup>23</sup>, une patiente subit une blépharoplastie et développe malheureusement une complication postopératoire qui lui fera perdre son œil. La patiente a un suivi avec son chirurgien le lendemain de l'opération, mais celui-ci fait preuve de négligence et ne considère pas les plaintes de la patiente et n'identifie pas les « *drapeaux rouges* »<sup>24</sup>. Le tribunal prend soin de souligner que la complication était tout à fait possible, mais que le suivi déficient a empêché son diagnostic et, de ce fait, entraîné préjudice<sup>25</sup>.

L'importance de prendre au sérieux les plaintes des patients en post opératoire est d'ailleurs un enjeu souligné dans plusieurs causes. Ainsi, dans l'affaire *Girouard*<sup>26</sup>, une patiente appelle à cinq reprises au cabinet de son chirurgien pour des douleurs postopératoires. Celui-ci néglige de parler directement à la patiente et se contente de donner des instructions verbales à sa secrétaire. Il sera tenu responsable d'avoir traité de façon « cavalière les plaintes malheureusement bien fondées de la demanderesse »<sup>27</sup>. Il s'agit ainsi d'un autre exemple dans lequel le chirurgien a négligé de rencontrer une patiente en post opératoire malgré ses plaintes.

---

<sup>23</sup> Drolet c. Parenteau, [1991] R.J.Q. 2956, 2959 (C.S.) (confirmé sur le fond par [1994] R.J.Q. 689 (C.A.)).

<sup>24</sup> Les « drapeaux rouges » sont les symptômes alarmants qui démontrent la présence d'un état critique qu'un médecin doit identifier lors de sa rencontre avec le patient.

<sup>25</sup> Drolet c. Parenteau, (C.S.), préc. note 23, p.85 du PDF.

<sup>26</sup> Girouard c. Hôpital Royal Victoria, [1987] R.R.A. 858 (C.S.).

<sup>27</sup> Id., p.14 du PDF.

Dans une cause plus récente, soit *Moreau c. Fugère*<sup>28</sup>, une patiente qui a subi une hystérectomie décède des suites d'une péritonite le lendemain de son congé de l'hôpital. Le chirurgien a négligé de se rendre à son chevet le jour de son congé malgré les plaintes importantes de la patiente. La preuve démontrera que le chirurgien « a été très nonchalant dans le suivi postopératoire et qu'il s'en est remis à ses assistants et aux infirmières de garde »<sup>29</sup>. Cette cause rappelle une fois de plus l'importance de l'implication concrète du chirurgien dans le suivi des patients, il ne peut pas déléguer à ses assistants la totalité du suivi clinique de ses patients.

L'étude de la jurisprudence nous rappelle aussi qu'il faut confirmer la réussite d'une intervention chaque fois que la situation le requiert. Plusieurs causes ont retenu la responsabilité du chirurgien pour ne pas avoir prescrit le suivi nécessaire. Par exemple, un chirurgien a omis de prescrire le spermogramme nécessaire à la confirmation du succès d'une vasectomie<sup>30</sup>, un orthopédiste a négligé de procéder à une radiographie après une intervention chirurgicale sur la colonne cervicale<sup>31</sup> et une gynécologue n'a pas confirmé la réussite d'une IVG chez une patiente<sup>32</sup>.

Enfin, le chirurgien ne peut pas abandonner son patient sous prétexte qu'il ne peut plus l'aider. Dans la cause *Malette c. Bourdon*<sup>33</sup>, un chirurgien est blâmé d'avoir manqué à son obligation d'informer la patiente sur « les moyens à prendre pour tenter de remédier à ses malaises »<sup>34</sup> qui découlaient d'une complication chirurgicale. Dans une autre affaire<sup>35</sup>, une patiente qui évolue mal en post-opératoire se fait dire qu'il « n'y a plus rien à faire »<sup>36</sup> par son chirurgien. Il sera blâmé de ne rien avoir tenté pour améliorer la situation et d'avoir tout simplement cessé le suivi.

---

<sup>28</sup> *Moreau c. Fugère*, [2002] R.J.Q. 404 (C.S.).

<sup>29</sup> *Id.*, par. 42.

<sup>30</sup> *Engstrom c. Courteau*, [1986] R.J.Q. 3048 (C.S.).

<sup>31</sup> *Legault c. Parenteau*, [1988] R.J.Q. 2883, 2888 (C.S.).

<sup>32</sup> *Ratelle c. Hôpital Côté de la santé de Laval*, [2000] R.R.A. 697 (C.S.) (confirmé par B.E. 2005BE-17 (C.A.)).

<sup>33</sup> *Malette c. Bourdon*, [2000] R.R.A. 372 (C.S.) (confirmé par (C.A., 2002-11-13), no 500-09-009415-001).

<sup>34</sup> *Id.*, par. 69.

<sup>35</sup> *E.F. c. Bourdua*, 2007 QCCS 6020.

<sup>36</sup> *Id.*, par. 56.

Dans le contexte du travail à l'urgence, un médecin peut être amené à exécuter certains gestes « chirurgicaux », pensons notamment à des réparations de plaies ou des réductions de fractures. Ainsi, tel le chirurgien, l'urgentologue devra être vigilant lors des visites au chevet du patient et avoir une implication concrète lors de l'autorisation du congé de l'hôpital. De plus, il devra confirmer la réussite de l'intervention lorsque nécessaire et s'assurer que le patient n'est pas abandonné. Exceptionnellement, l'urgentologue aura à assurer lui-même le suivi post-intervention du patient. Par contre, il pourra utiliser différentes stratégies qui seront explorées dans la deuxième et troisième partie de ce travail, afin de rencontrer son obligation de suivi. À titre d'exemple, il pourra recommander le patient à son médecin de famille ou à un spécialiste.

### 1.1.2 Les conditions médicales

En deuxième lieu, la condition médicale du patient est aussi porteuse d'une obligation de suivi de la part du médecin traitant. D'ailleurs, même un chirurgien ne peut ignorer le suivi d'une condition médicale. Ménard le souligne bien, un chirurgien « ne peut limiter sa responsabilité de suivre uniquement à la composante chirurgicale »<sup>37</sup>. La cause *Stunell c. Pelletier*<sup>38</sup> est révélatrice en ce sens. Une patiente est suivie par un gynécologue pour sa grossesse et celle-ci demande le retrait d'un grain de beauté pour des raisons essentiellement esthétiques. Le chirurgien oubliera de lui enlever lors de l'accouchement et la patiente décèdera à la suite d'un accouchement subséquent d'un mélanome métastatique. Dans cette affaire, le gynécologue fut blâmé d'avoir été négligent dans son suivi alors qu'il a pourtant rencontré la patiente à de nombreuses reprises. Bien que la preuve démontre que le chirurgien est un gynécologue compétent, le juge considère que dès que la patiente lui

---

<sup>37</sup> J.-P. MENARD, préc., note 17, p.8.

<sup>38</sup> *Stunell c. Pelletier*, [1999] R.J.Q. 2863, 2873 (C.S.).

a parlé de son problème de santé il a engagé sa responsabilité même si la pathologie ne relevait pas de sa discipline.

Notons qu'un médecin d'urgence est particulièrement vulnérable aux demandes des patients qu'il rencontrera. Les fameuses « demandes de coins de porte » peuvent engager la responsabilité du médecin d'urgence. En effet, nombreux sont les patients sans médecins de famille qui viennent consulter à l'urgence pour un problème aigu et tentent aussi de régler d'autres problèmes de santé. Les propos des professeurs Philips-Nootens et Kouri sont assez clairs sur cette situation, « une fois que son interlocuteur lui signale un problème particulier, à moins qu'il ne réfère à un confrère, il est tenu de l'assumer avec compétence »<sup>39</sup>. Le médecin d'urgence ne peut donc pas ignorer une demande d'un patient et devra donc s'occuper personnellement du cas ou s'assurer qu'un autre médecin le fera<sup>40</sup>.

Également, la cause *Harewood-Green c. Spanier*<sup>41</sup> explore l'obligation de suivi à l'égard d'un patient hospitalisé. Dans cette cause, une patiente est intubée d'urgence pour une crise d'asthme sévère et subira une perforation de l'œsophage. Le diagnostic de la complication sera fait de manière tardive par le médecin. Le tribunal de première instance s'exprime clairement : « il y a eu ici faute à cause de la négligence et du défaut de suivi de la part du Dr Wolkove, qui pourtant était tous les jours au chevet de sa patiente »<sup>42</sup>. Le juge conclut qu'un médecin qui suit des patients hospitalisés doit être actif dans son suivi et éviter la passivité<sup>43</sup>. Ainsi, la vigilance qui incombe au médecin qui suit des patients hospitalisés est encore plus importante de par sa présence quotidienne à leur chevet.

---

<sup>39</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R.P. KOURI ET P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 10, par. 360.

<sup>40</sup> Code de déontologie des médecins, préc. note 15, article 35.

<sup>41</sup> *Harewood-Green c. Spanier*, [1995] R.R.A. 147 (C.S) (confirmé quant à la responsabilité par [2000] R.R.A. 864 (C.A.)).

<sup>42</sup> Id., p.24 du PDF.

<sup>43</sup> Id., p.27 du PDF.

Dans le même sens, dans l'affaire *Lavallée*<sup>44</sup>, le Collège des médecins du Québec a blâmé un médecin qui n'a pas assuré le suivi serré que l'état de santé de son patient requerrait. Notamment, le médecin a retardé sa présence au chevet d'un patient en difficulté respiratoire et n'a pas réévalué sa condition pendant près de quarante-huit heures. Dans cette cause, c'est l'intensité du suivi qui était problématique. Ainsi, les médecins qui suivent les patients à l'hôpital doivent assurer un suivi qui est vigilant et d'intensité adéquate pour chaque cas clinique.

De son côté, le médecin qui travaille à l'urgence doit faire preuve d'une vigilance accrue. Il s'assure d'abord que la vie du patient n'est pas en danger, son rôle premier n'est pas d'établir un diagnostic. D'ailleurs près de 50 % des patients qui quittent l'urgence n'ont pas un diagnostic final<sup>45</sup>. Ainsi, dans la cause *Garcia c. Soucy*<sup>46</sup> on reproche à l'urgentologue d'avoir été négligent dans le suivi d'un enfant souffrant d'un problème respiratoire qui s'est avéré être une épiglottite qui causera le décès de l'enfant. Le blâme est à l'effet que l'urgentologue n'a pas gardé le patient en observation afin d'assurer un suivi adéquat de sa condition.

Dans le même sens, dans la récente affaire *Thivierge c. Gouriou*<sup>47</sup>, un patient de 33 ans décède 2 jours après sa visite à l'urgence d'embolies pulmonaires multiples. Le juge tient responsable le médecin sur le plan de l'obligation de suivi et affirme que le patient aurait dû faire l'objet d'un suivi plus méticuleux. Le juge s'appuie notamment sur la cause *Camden-Bourgault c. Brochu* dans laquelle le juge statuait que lorsqu'un cas soulève des inquiétudes « le médecin doit alors prolonger l'observation jusqu'à ce qu'il se soit assuré d'une évolution favorable »<sup>48</sup>. Ainsi donc, l'obligation de suivi de l'état clinique du patient se concrétisera souvent pour le médecin d'urgence, par la décision de garder ou non le patient en observation.

---

<sup>44</sup> Médecins (Ordre professionnel des) c. Lavallée, 2009 CanLII 56307 (QCCDCM).

<sup>45</sup> Savard (Succession de) c. Houle, [2009] R.R.A. 491 (C.S.).

<sup>46</sup> Garcia c. Soucy, [1990] R.R.A. 243 (C.S.).

<sup>47</sup> Thivierge c. Gouriou, 2011 QCCQ 340 par. 180.

<sup>48</sup> Camden-Bourgault c. Brochu, [1996] R.R.A. 809 (C.S.) (confirmé quant à la responsabilité du médecin par [2001] R.J.Q. 832 (C.A.)).

En résumé, un médecin d'urgence diligent s'assure d'adresser toutes les plaintes du patient et est actif dans le suivi du patient qui séjourne à l'urgence. Il devra rester vigilant et organiser un suivi clinique d'intensité adaptée à la situation clinique de son patient. Enfin, il devra prendre une décision éclairée sur l'orientation des soins du patient.

## **1.2 Les prescriptions pharmacologiques**

Dans le cadre de son travail, le médecin d'urgence va nécessairement prescrire des médicaments à ses patients. L'obligation de suivi implique pour le médecin prescripteur d'évaluer les effets secondaires des médicaments prescrits et de modifier au besoin le traitement. S'acquitter de ces obligations est un défi pour le médecin qui travaille à l'urgence. Le comité de discipline du Collège des médecins<sup>49</sup> reconnaît d'ailleurs le défi du suivi pharmacologie pour un médecin dans un contexte d'urgence ou de sans rendez-vous en raison du nombre de nouveaux patients vu. Par contre, ce n'est pas un « motif permettant d'atténuer la responsabilité du médecin »<sup>50</sup>, qui devra plutôt être vigilant dans le suivi des prescriptions qu'il émet.

### **1.2.1 Le suivi des laboratoires**

D'abord, l'affaire *Gburek c. Cohen*<sup>51</sup> rappelle l'obligation des médecins de faire les suivis laboratoires nécessaires lors de la prescription de médication. Dans cette cause, un antibiotique particulier (la gentamicine) n'a jamais été dosé dans le sang du patient et ce dernier reçoit une dose supra-thérapeutique pendant de nombreux jours. Le patient subira une perte auditive, un risque inhérent à la prise de l'antibiotique, mais la cour d'appel a jugé les médecins fautifs en raison de l'absence de suivi des laboratoires qui étaient requis.

---

<sup>49</sup> M. DESCHENES, préc., note 18.

<sup>50</sup> Id.

<sup>51</sup> *Gburek c. Cohen*, [1988] R.J.Q. 2424 (CA.).

De son côté, le *Collège des médecins* est intervenu dans plusieurs cas de suivi d'un traitement pharmacologique. Ainsi, on a notamment reproché à un médecin d'avoir prescrit un médicament (Accutane) qui nécessitait un suivi serré avec des prises de sang qui n'ont jamais été prescrites<sup>52</sup>. Dans un autre cas, un médecin est blâmé d'avoir augmenté une dose de narcotique par téléphone sans avoir réévalué la patiente ni avoir prévu de suivi dans un délai rapproché<sup>53</sup>.

C'est ainsi qu'un médecin d'urgence doit s'abstenir de prescrire ou renouveler des médicaments qui nécessitent un suivi de laboratoire. Les choix de traitement pharmacologique vont être influencés par la nécessité ou non d'un suivi serré des laboratoires. Dans l'éventualité où le médecin ne peut éviter cette situation, il a alors peu d'options : revoir le patient à la salle d'urgence ou orienter celui-ci vers une autre ressource (médecin de famille ou spécialiste). À cet effet, certaines cliniques sans rendez-vous indiquent explicitement sur leur porte qu'ils ne procéderont à aucun renouvellement de médication! Malheureusement, la prise en charge de la médication pour un patient sans médecin de famille est une problématique sans solution évidente.

### **1.2.2 La surveillance des effets secondaires**

Le risque d'effets secondaires est inhérent à la prise de médication, d'autant plus si le médicament est de la chimiothérapie. Dans l'affaire *Couture c. Hôtel-Dieu d'Arthabaska*<sup>54</sup>, un patient subit des effets secondaires importants de la chimiothérapie et poursuit, entre autres, son médecin. Dans cette cause, la preuve démontre que le médecin a non seulement assuré des rendez-vous de suivi, mais a aussi assuré un suivi concret des effets secondaires en prescrivant notamment des médicaments pour les atténuer. Ainsi, le médecin a été exonéré puisqu'il a assuré une surveillance des effets secondaires qui était adaptée à la prise potentiellement dangereuse de la chimiothérapie.

---

<sup>52</sup> Médecins (Ordre professionnel des) c. Fanous, 2009 CanLII 31615 (QCCDCM).

<sup>53</sup> Médecins (Ordre professionnel des) c. Corbeil, 2015 CanLII 56989 (QC CDCM).

<sup>54</sup> Couture c. Hôtel-Dieu d'Arthabaska, [2008] R.R.A. 697 (C.S.).

Une autre classe de médicament dangereux et quotidiennement utilisé à la salle d'urgence s'avère être les narcotiques. En 2005, le décès médiatisé de M. Paul Bisson des suites d'une surdose de narcotique a ébranlé le Québec<sup>55</sup>. Quelques années plus tard, le Collège des médecins a déposé une plainte disciplinaire contre les deux médecins qui étaient impliqués dans cette affaire. Les médecins ont été sanctionnés pour des infractions qui sont différentes et qui n'ont pas la même implication.

D'abord le médecin Blais<sup>56</sup>, un médecin d'urgence, prescrit des narcotiques au patient très souffrant à cause d'une colique néphrétique. Le patient succombera d'un arrêt respiratoire lié à la prise de narcotique au courant de la nuit. Le médecin est alors blâmé de ne pas avoir rempli son obligation de suivi, car il n'a pas rédigé des ordonnances de surveillance appropriées. L'aspect particulier dans cette cause est le fait que le médecin prescrit la bonne analgésie et s'assure de la réponse adéquate avant de transférer le patient à l'étage avec des doses de narcotiques sous-cutanés et une surveillance régulière. Néanmoins, le Conseil de discipline écarte la responsabilité des infirmières à qui il revient pourtant de « surveiller les effets de la médication »<sup>57</sup> et remet l'entièreté de la responsabilité au médecin qui doit détailler avec précision la surveillance infirmière qu'il souhaite. Pourtant, il ne semble pas déraisonnable pour un médecin de se fier à l'infirmière pour effectuer la surveillance des médicaments qu'elle administre : elles sont expressément formées pour le faire<sup>58</sup>.

Ce qui est marquant dans cette affaire est que les narcotiques sont les médicaments les plus souvent prescrits à la salle d'urgence : difficile de justifier qu'une infirmière ne connaisse pas la surveillance de ce médicament d'usage

---

<sup>55</sup> ARIANE LACOURSIERE, «Mort de Paul Buisson: les deux médecins ont commis des erreurs», (24 avril 2009) La Presse.ca, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/200904/23/01-849638-mort-de-paul-buisson-les-deux-medecins-ont-commis-des-erreurs.php>> (site consulté le 5 juillet 2017).

<sup>56</sup> Médecins (Ordre professionnel des) c. Blais, 2010 CanLII 12711 (QCCDCM) (appel sur culpabilité rejeté T.P., 2011-04-13).

<sup>57</sup> Id., par. 42.

<sup>58</sup> ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, Surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central, Avis, 2e édition, 2009 en ligne: <<https://www.oiiq.org/publications/repertoire/surveillance-clinique-des-clients-qui-recoivent-des-medicaments-ayant-un-eff>> (site consulté le 29 septembre 2017), p.7.



commun. L'expert de la défense exprima d'ailleurs « qu'il est impossible de garder tous les patients qui reçoivent des narcotiques sous-cutanés à l'urgence, avec la surveillance étroite que cela implique (monitoring, saturomètre, etc. ) »<sup>59</sup>. Il nous semble que le Conseil de discipline va trop loin dans cette cause en imposant une charge trop lourde aux médecins lors de l'administration des narcotiques. On ne peut pas demander aux médecins de rédiger des ordonnances pour les infirmières à l'effet de surveiller les potentielles réactions de tous les médicaments prescrits. Un constat est évident : il est exagéré d'imputer au médecin toutes les réactions possibles de l'administration des médicaments.

Le deuxième médecin blâmé dans cette affaire est le Dr Simard<sup>60</sup> qui est le médecin de garde à la salle d'urgence durant la nuit. Cet urgentologue sera appelé au chevet du patient en détresse respiratoire vers la fin de la nuit. Il administre alors une dose de nalaxone, l'antidote aux opiacés, et l'état de santé du patient s'améliore rapidement. Par contre, il ne prescrit aucune surveillance particulière et la respiration du patient se fragilise de nouveau dans l'heure qui suit. Ce dernier décède ensuite des complications. L'explication est malheureusement fort simple : la durée d'action de l'antidote est plus restreinte que la durée d'action du narcotique, une donnée qui doit être connue du médecin qui administre ce médicament. Le médecin ne peut pas prétendre que c'est à l'infirmière de connaître cette particularité. Il revient au médecin d'assurer un suivi clinique adéquat lors de prescription d'antidotes ou de médicaments rares en opposition avec la prescription de médication usuelle.

En résumé, la prescription de médication est inévitable pour un médecin d'urgence. Par contre, étant donné le contexte de son travail, l'urgentologue devra éviter de prescrire des médicaments qui demandent un suivi laboratoire serré ou encore qui sont susceptibles d'entraîner des effets secondaires importants. Les médicaments qui doivent régulièrement être ajustés devront aussi être prescrits avec précaution. Pour cette raison, le patient ne peut pas s'attendre à obtenir le

---

<sup>59</sup> Médecins (Ordre professionnel des) c. Blais, préc., note 56, par. 73.

<sup>60</sup> Simard c. Médecins (Ordre professionnel des), 2012 QCTP 20.

renouvellement de tous ses médicaments lors d'une visite à la salle d'urgence! Finalement, le médecin d'urgence doit être vigilant et prescrire la surveillance infirmière adaptée aux médicaments prescrits. Une vigilance accrue est demandée de la part du médecin d'urgence qui prescrit un médicament rare ou dangereux. Par contre, la surveillance clinique des médicaments d'usage commun revient à notre avis au personnel infirmier qui est expressément formé pour le faire.

### **1.3 Les résultats des investigations**

La prise en charge des patients, autant à l'hôpital qu'en clinique, comprend aussi le suivi des investigations. Ces dernières peuvent, par exemple, prendre la forme de résultats de laboratoire, de radiologie ou de pathologie. Dans ce type de suivi, l'hôpital et le médecin ont chacun un rôle important à jouer. Du côté de l'hôpital, les employés doivent effectuer les analyses et les acheminer dans le système informatique et aux archives de l'hôpital. Le système informatique doit être fiable et offrir un suivi efficace et sécuritaire des résultats anormaux. Le rôle du médecin est de prendre connaissance des résultats et de faire le suivi approprié auprès du patient. L'enjeu est de taille : de nombreux dossiers médico-légaux découlent d'une mauvaise gestion des résultats des investigations.

#### **1.3.1 Le rôle de l'hôpital**

Tout d'abord, l'affaire *Hudon c. Cloutier*<sup>61</sup> illustre bien la complexité du suivi des tests de laboratoires dans un centre hospitalier universitaire. Dans cette affaire, un résident envoie une culture de liquide intra-articulaire au laboratoire, mais omet d'y inscrire le nom de son médecin superviseur. Celui-ci ne recevra jamais le résultat de la culture positive. Dans cette affaire, le Tribunal retient une faute autant de la part du médecin qui supervisait le résident que de l'hôpital. Le juge refuse l'argument à l'effet que l'hôpital était le commettant du résident et blâme plutôt le médecin superviseur de ne pas s'être personnellement assuré que la requête de laboratoire était

---

<sup>61</sup> Hudon c. Cloutier, 2010 QCCS 4612, recours rejeté pour absence de causalité démontrée.

adéquatement remplie. Le juge réaffirme « qu'on ne peut dissocier l'examen médical pratiqué par le résident des ordonnances qu'il a émises aux fins de compléter cet examen ou d'en assurer le suivi »<sup>62</sup>. Ce postulat implique donc que le médecin superviseur doit superviser les tâches médicales de son résident.

Par contre, dans cette affaire, le juge analyse aussi l'obligation de suivi qui incombait à l'hôpital. La preuve démontre que le secrétariat de microbiologie a bel et bien acheminé le résultat de culture positive aux archives de l'hôpital. Par contre, aucun nom de médecin n'était inscrit au rapport et donc aucun médecin n'a reçu le résultat. De plus, le secrétariat de microbiologie a omis d'envoyer le rapport au secrétariat de la salle d'urgence, l'endroit d'où provenait le prélèvement. Le juge retient alors « une faute distincte de l'Hôpital en raison d'une pratique non conforme aux standards les plus élémentaires de prudence, mais également aux standards existant dans d'autres hôpitaux à l'époque pertinente »<sup>63</sup>. En effet, les résultats anormaux qui proviennent de la salle d'urgence doivent être envoyés en copie au service d'urgence pour que le médecin qui est de garde cette journée-là puisse faire un suivi approprié. Le fait d'envoyer le résultat au médecin prescripteur uniquement n'est pas une pratique sécuritaire, puisque les médecins travaillent en rotation d'horaire à la salle d'urgence<sup>64</sup>.

À cet effet, la mise en place d'un système de sécurité pour les résultats des laboratoires peut aider le médecin à rencontrer son obligation de suivi. Dans l'affaire *A.Q. c. Fleury*<sup>65</sup>, un patient souffre d'une infection compliquée et le médecin traitant ne prendra connaissance du résultat qu'après 18 jours d'attente. La preuve parviendra ici à démontrer que le suivi était diligent et qu'il y avait un système d'urgence en place à l'hôpital et que « si l'antibiogramme avait révélé quelque chose de grave devant être signalé, le personnel du laboratoire aurait fait le nécessaire pour que le résultat soit lu

---

<sup>62</sup> Id., par. 203.

<sup>63</sup> Id., par. 207.

<sup>64</sup> Id., par. 206.

<sup>65</sup> A.Q. c. Hôpital Fleury, 2008 QCCS 531.

par un médecin »<sup>66</sup>. Ainsi les médecins ont tout intérêt à s'impliquer dans la mise en place d'un système de sécurité pour les suivis d'investigation dans leur hôpital.

Une décision du conseil de discipline du Collège des médecins dans l'affaire *Boileau*<sup>67</sup> a permis de sécuriser la manière de transmettre des rapports de radiologie anormaux dans un hôpital. Dans cette affaire, un pneumologue qui reçoit plus d'une centaine de rapports de radiologie par semaine a négligé de faire le suivi approprié d'un nodule. À la suite de cette affaire, l'hôpital a ajouté une notification en rouge une mention « anormal » qui apparaît à côté des rapports qui nécessitent un suivi rapproché. Par contre, ce système ne relève pas « le médecin prescripteur de son obligation de bien lire et analyser le contenu du rapport », <sup>68</sup> mais permet d'avoir un filet de sécurité supplémentaire.

Enfin, l'obligation de l'hôpital et de s'assurer que le médecin reçoit bien les résultats des investigations demandées. L'ACPM reconnaît qu'à « l'hôpital, le médecin qui a prescrit des examens n'est pas le seul responsable de la gestion des résultats. L'hôpital, les laboratoires d'analyse et d'autres professionnels de la santé jouent également un rôle dans la communication et le suivi des résultats d'examens » <sup>69</sup>. Par contre, les médecins ont la responsabilité de mentionner les lacunes du système aux responsables de l'hôpital<sup>70</sup> et de participer à la mise en place d'un système de sécurité pour les résultats anormaux. Il s'agit d'un travail de collaboration entre l'hôpital et les médecins qui y travaillent.

---

<sup>66</sup> Id., par. 123.

<sup>67</sup> Médecins (Ordre professionnel des) c. Boileau, 2015 CanLII 24202 (QCCDCM).

<sup>68</sup> Id., par. 14.

<sup>69</sup> ACPM, La gestion efficace des résultats d'examens à l'hôpital : facteur clé pour établir un diagnostic en temps opportun et assurer la sécurité des patients, Sécurité des soins, Décembre 2012 en ligne : < [https://www.cmpa-acpm.ca/fr/safety/-/asset\\_publisher/N6oEDMrzRbCC/content/effectively-managing-hospital-test-results-key-to-timely-diagnosis-and-patient-safety](https://www.cmpa-acpm.ca/fr/safety/-/asset_publisher/N6oEDMrzRbCC/content/effectively-managing-hospital-test-results-key-to-timely-diagnosis-and-patient-safety)> (site consulté en ligne le 6 février 2017).

<sup>70</sup> Id.

### 1.3.2 Les obligations du médecin

Le médecin qui prescrit des investigations à son patient a deux obligations à remplir. Il doit d'abord prendre connaissance des résultats et ensuite informer adéquatement son patient. Il s'agit d'un enjeu majeur et encore d'actualité. En mai 2017, le président-directeur général du Collège des médecins du Québec s'adresse directement à ses membres, car la Direction des enquêtes relève « une hausse des plaintes de patients concernant des retards inacceptables visant le suivi et la prise en charge des résultats d'examen »<sup>71</sup>. Il s'agit d'un rappel aux médecins d'être vigilant face aux suivis des résultats d'examens pour éviter d'entraîner leur responsabilité civile et de subir des sanctions disciplinaires.

#### 1.3.2.1 L'obligation de prendre connaissance des résultats

L'obligation de prendre connaissance des résultats des examens a fait l'objet d'un débat dans l'affaire *Suite c. Cooke*<sup>72</sup>. Dans cette affaire un médecin plaide qu'il a fait une erreur d'inattention en ne consultant pas un rapport de pathologie, mais que cela ne constitue pas une faute. Le juge ne retient pas l'argument et établit plutôt que l'obligation de prendre connaissance des rapports qui lui sont acheminés est une obligation de résultat pour le médecin<sup>73</sup>. Similairement, dans l'affaire *Chouinard c. Robbins*<sup>74</sup>, un médecin prescrit des prises de sang à son patient qui a des effets secondaires de sa médication. Le médecin omet de vérifier les résultats des prises de sang avant de quitter pour la fin de semaine. Les résultats s'avèrent anormaux et le patient décédera à la suite de complications qui étaient évitables.

---

<sup>71</sup> C. BERNARD, préc., note 2, p.1 : « Du 1<sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2017, 359 enquêtes ont été conclues pour des problèmes de prise en charge ou de suivi, soit 105 de plus que pour la même période l'année précédente. Dix de ces enquêtes ont abouti à des plaintes disciplinaires contre six un an plus tôt. ».

<sup>72</sup> *Suite c. Cooke*, [1993] R.J.Q. 514 (C.S.) (confirmé par [1995] R.J.Q. 2765 (C.A.)).

<sup>73</sup> Id., p.11 « un médecin prudent et diligent [...] se doit de consulter un rapport de pathologie mis à sa disposition ».

<sup>74</sup> *Chouinard c. Robbins*, [2002] R.J.Q. 60 (C.A.).

De son côté, le Collège des médecins est intervenu à plusieurs reprises dans des dossiers de suivi de résultat. Entre autres, un médecin qui ne s'assure pas de recevoir les résultats d'une mammographie qu'il avait prescrite<sup>75</sup>, un urologue qui ne consulte pas le rapport de tomodensitométrie qu'il avait prescrit<sup>76</sup> et un médecin d'urgence qui ne prend pas connaissance d'un résultat anormal de radiologie<sup>77</sup> se sont vus sanctionnés.

Le Conseil de discipline est apparu particulièrement sévère au regard des résultats de pathologie. Dans l'affaire *Faria*<sup>78</sup> un chirurgien fait une biopsie d'un polype lors d'une colonoscopie. Le laboratoire de pathologie omet de lui acheminer le rapport alarmant et le médecin ne s'en rend compte que deux ans plus tard, lorsque son patient cherche à le revoir. Le médecin est alors blâmé de ne pas avoir assuré le suivi de sa demande d'analyse en pathologie et de ne pas avoir de système de sécurité en place à sa clinique pour les résultats de pathologie manquants.

Ainsi donc, l'obligation du médecin n'est pas seulement de prendre connaissance des résultats qu'il reçoit de l'hôpital, il doit effectuer un suivi des examens qu'il prescrit. Le Collège des médecins demande aux médecins d'être proactif<sup>79</sup> dans le suivi des examens qu'ils prescrivent et établir des systèmes de sécurité pour les résultats manquants<sup>80</sup>. Ils ne peuvent pas se fier aveuglément à l'hôpital. Il s'agit d'un lourd fardeau pour un médecin d'urgence qui ne voit que des nouveaux patients. Il nous semble irréaliste de demander à un médecin de noter tous les examens en attente de résultats qu'il prescrit, un support hospitalier doit être

---

<sup>75</sup> Médecins (Ordre professionnel des) c. Fortin, 2014 CanLII 187817 (QCCDCM).

<sup>76</sup> Médecins (Ordre professionnel des) c. Sioufi, 2017 CanLII 47417 (QCCDCM).

<sup>77</sup> Médecins (Ordre professionnel des) c. Chen Kiow, 2017 CanLII 34435 (QCCDCM)

<sup>78</sup> Médecins (Ordre professionnel des) c. Faria, 2013 CanLII 70165 (QCCDCM) , dans le même sens voir Médecins (Ordre professionnel des) c. Lachance, 2013 CanLII 68651 (QCCDCM).

<sup>79</sup> Médecins (Ordre professionnel des) c. Sioufi, préc., note 76 : Dans cette affaire, un médecin se fie uniquement aux résultats papier de tomodensitométrie qu'il reçoit habituellement de l'hôpital et ne consulte pas la version électronique qui est disponible.

<sup>80</sup> Médecins (Ordre professionnel des) c. Smoley, 2016 CanLII 6241 (QCCDCM) Dans cette affaire un dermatologue ne tiens pas de registre des prélèvements qu'il envoi en pathologie et un résultat alarmant de pathologie est mal classé par sa secrétaire.

instauré et être fiable : on ne peut pas tenir les médecins responsables des déboires administratives de l'hôpital.

### ***1.3.2.2 L'obligation d'information***

La Cour suprême affirme dans l'arrêt *Laferrière c. Lawson*<sup>81</sup> que l'obligation de suivi passe par le devoir d'informer le patient des résultats des investigations. Dans cette affaire, un chirurgien a négligé d'aviser sa patiente du résultat anormal de la biopsie. La patiente a été privée de traitement pendant quatre ans et elle est décédée du cancer du sein. Bien que le médecin n'ait pas été tenu responsable du décès en raison d'une absence de causalité prouvée, un dédommagement a été accordé en raison des préjudices psychologiques causés par le suivi fautif du médecin.

On retrouve de nombreuses causes dans la jurisprudence québécoise qui porte sur l'omission d'un médecin de renseigner le patient sur son état de santé. Ainsi, un médecin est tenu responsable de ne pas avoir averti une patiente dès que le rapport de pathologie confirmait la présence d'une grossesse ectopique<sup>82</sup> et un autre n'avise pas son patient que son appendice retiré par opération était finalement normal<sup>83</sup>. Pourtant, l'appendicite et la grossesse ectopique sont deux diagnostics dangereux. Ménard affirme avec raison que le « devoir de divulgation des résultats opératoires devient encore plus important quand le résultat est anormal et peut entraîner des conséquences graves ou sérieuses pour le patient »<sup>84</sup>.

L'obligation d'information est encore plus importante lorsqu'il y a eu une erreur de procédure. Dans l'affaire *Kiley-Nikkel c. Danais et al*<sup>85</sup>, une patiente subit une mastectomie, car le pathologiste a mal interprété les lames. Le chirurgien n'est pas clair dans ses explications à la patiente et celle-ci ne comprend pas qu'il y a eu une erreur de diagnostic. La patiente aura donc un suivi médical pendant sept ans pour

---

<sup>81</sup> *Laferrière c. Lawson*, [1991] 1 R.C.S. 541.

<sup>82</sup> *Hamel c. Haché*, [1999] R.R.A. 12 (C.A.).

<sup>83</sup> *Tremblay c. Maalouf*, [2000] R.R.A. 772.

<sup>84</sup> J.-P. MENARD, préc., note 17.

<sup>85</sup> *Kiley-Nikkel c. Danais et al.*, [1992] R.J.Q. 2830.

un cancer qu'elle n'a pas. Dans cette affaire, l'obligation du chirurgien était encore plus grande : il ne devait pas seulement informer la patiente des résultats, mais devait s'assurer de la compréhension de la patiente.

L'obligation d'informer le patient de ses résultats ne peut pas être délégué à d'autres professionnels : le médecin soit être personnellement impliqué dans le suivi du patient. Dans la récente affaire (2016) *Steinberg c. Mintnick*<sup>86</sup> un médecin doit revoir son patient pour lui faire part de ses résultats de bilan sanguin. Il demande alors à sa secrétaire de fixer un rendez-vous de suivi avec le patient, mais finalement aucun rendez-vous n'a lieu. Le juge déclare que « le simple fait de confier à son assistante le soin de communiquer avec un patient pour lui fixer un rendez-vous de suivi n'a pas pour effet de décharger le médecin de son obligation de suivi »<sup>87</sup>. Le tribunal rappelle ainsi au médecin que son obligation de suivi inclut le devoir d'information et que celui-ci n'a pas déployé d'efforts raisonnables pour rejoindre son patient.

Le Collège des médecins fut prompt à répondre à ce jugement en publiant un communiqué à ses membres pour leur rappeler l'étendue de leur obligation de suivi : « informer un patient qu'il a besoin d'un suivi médical fait partie de l'obligation de renseignement et de conseil du médecin. La communication de cette information est une donnée significative qui devrait, par prudence, être notée au dossier médical du patient »<sup>88</sup>. De plus, le président-directeur du Collège des médecins rappelle aux médecins qu'ils « ne peuvent pas délaissier le suivi à d'autres, surtout pas à du personnel clérical comme la téléphoniste ou la secrétaire »<sup>89</sup>. En notant au dossier toute communication avec son patient, le médecin peut démontrer avoir pris les moyens raisonnables pour assurer le suivi.

---

<sup>86</sup> *Steinberg c. Mitnick*, 2016 QCCS 4749, (faute démontrée mais absence de causalité avec le préjudice).

<sup>87</sup> *Id.*, par. 261.

<sup>88</sup> DIRECTION DES SERVICES JURIDIQUES, «Le suivi médical – Qu'en est-il de la responsabilité professionnelle et de la tenue de dossiers?», (1 décembre 2016) Collèges des médecins du Québec, en ligne: <<http://www.cmq.org/nouvelle/fr/suivi-medical-responsabilite-professionnelle-et-tenue-de-dossiers.aspx>> (site consulté le 2 septembre 2017).

<sup>89</sup> M. STE-MARIE, préc., note 1.



De son côté, l'affaire *Lambert c. Lefebvre*<sup>90</sup> souligne l'importance d'informer le patient en temps opportun. Dans cette cause, un patient passe des examens cardiaques avant de partir pour deux ans en Afrique. Lorsque les examens reviennent anormaux, le médecin néglige d'aviser immédiatement le patient. Le patient, qui réside alors en haute altitude, verra sa condition se détériorer au point de décéder quelque six semaines plus tard. Ainsi, l'obligation de suivi sera modulée selon la réalité du patient. Le médecin doit être vigilant lorsqu'un voyage est prévu et qu'une investigation n'est pas complétée, il doit notamment s'abstenir de signer un certificat de santé.

Le suivi des résultats des examens dans un hôpital est complexe et il est fréquent qu'un médecin reçoive des résultats d'investigations qu'il n'a pas demandés et même d'un patient qu'il n'a jamais vu! L'ACPM met en garde les médecins qui auraient tendance à écarter ces résultats et rappelle que « lorsqu'un médecin reçoit un rapport faisant état d'un résultat anormal – qu'il ait demandé l'investigation ou non – il peut avoir l'obligation d'y donner suite ou de le transmettre à un tiers, même si le patient n'est plus sous ses soins ou ne l'a jamais été »<sup>91</sup>. Ainsi, un médecin ne peut pas ignorer un résultat d'un examen sous prétexte qu'il n'a pas lui-même prescrit l'examen ou qu'il ne connaît pas le patient.

Le médecin doit prendre en charge tous les résultats anormaux dont il a connaissance, notamment les trouvailles fortuites. Dans ce sens, dans l'affaire *Benhaim*<sup>92</sup>, un médecin demande une radiographie dans un contexte préventif puisque le patient ne présente aucun symptôme. Il omettra de suivre les recommandations du radiologiste et la preuve démontra qu'il ne comprenait pas véritablement les explications du radiologiste. Le juge blâme le médecin à l'effet qu'il « avait

---

<sup>90</sup> *Lambert c. Lefebvre*, [1997] R.R.A. 699 (C.S.).

<sup>91</sup> ACPM, Une gestion efficace des résultats d'examens améliore la sécurité des patients, Sécurité des soins, Juin 2011 en ligne :<[https://www.cmpa-acpm.ca/fr/safety/-/asset\\_publisher/N6oEDMrzRbCC/content/how-effective-management-of-test-results-improves-patient-safety](https://www.cmpa-acpm.ca/fr/safety/-/asset_publisher/N6oEDMrzRbCC/content/how-effective-management-of-test-results-improves-patient-safety)> (site consulté le 6 février 2017).

<sup>92</sup> *Émond c. Benhaim*, 2011 QCCS 4755 (Appel accueilli en partie 2014 QCCA 2207, Pourvoi à la Cour suprême accueilli avec dissidence 2016 CSC 48) Dans cette affaire le radiologiste aussi fut blâmé pour le contenu incomplet de son rapport.

l'obligation, comme généraliste compétent et diligent, de questionner les résultats du rapport s'il n'en comprenait pas la portée, en communiquant au besoin avec (le radiologiste) »<sup>93</sup>. Le tribunal affirme aussi que « le fait que le nodule ait été découvert de manière fortuite, à l'occasion d'une démarche préventive et en l'absence de symptômes, n'a pas allégé l'obligation du médecin traitant »<sup>94</sup>. Ainsi, un urgentologue ne peut faire fi d'une trouvaille fortuite découverte lors d'une investigation et doit bien comprendre le suivi qui est recommandé par le spécialiste.

L'étendue de l'obligation de suivi des investigations est très importante et conséquemment, il est possible de trouver de nombreuses causes en déontologie où les critères ne sont pas satisfaits par les médecins. Ainsi, un médecin de famille néglige d'aviser sa patiente qu'elle a une malformation artérioveineuse à son scan cérébral<sup>95</sup>, un autre omet d'aviser sa patiente de la trouvaille fortuite d'un anévrisme cérébral<sup>96</sup> et un gynécologue omet d'informer sa patiente que son échographie pelvienne démontrait un épaississement suspect de son endomètre<sup>97</sup>.

En 2015, le Conseil de discipline du Collège des médecins commentait dans l'affaire *Boileau*<sup>98</sup> l'obligation de suivi imposée aux médecins et se disait « conscient que la tâche des médecins est lourde, mais il y a lieu de garder à l'esprit que c'est à ces derniers d'imposer leurs propres limites et ce, dans le but de respecter leur *Code de déontologie* sous peine de se voir poursuivi »<sup>99</sup>. Notamment, un médecin ne pourra pas invoquer la lourdeur de sa tâche ou encore la présence de distracteurs pour expliquer son manquement au suivi des rapports d'investigation<sup>100</sup>.

En conclusion, bien que la responsabilité du suivi des investigations incombe à l'hôpital et aux médecins, l'étendue de l'obligation de suivi repose en priorité sur

---

<sup>93</sup> Id., par. 66 du jugement de première instance.

<sup>94</sup> Id., par. 60 du jugement de première instance.

<sup>95</sup> Médecins (Ordre professionnel des) c. Hébert, 2014 CanLII 38645 (QCCDCM).

<sup>96</sup> Médecins (Ordre professionnel des) c. Lapointe, 2014 CanLII 44333 (QCCDCM).

<sup>97</sup> Médecins (Ordre professionnel des) c. Hannouche, 2014 CanLII 38962 (QCCDCM).

<sup>98</sup> Médecins (Ordre professionnel des) c. Boileau, préc., note 67.

<sup>99</sup> Id., par. 87.

<sup>100</sup> Id., par. 87.

les épaules du médecin traitant. Ainsi, le médecin doit superviser les actes cléricaux sous sa responsabilité tout en s'assurer d'avoir un système sécuritaire du suivi des résultats. Il doit s'assurer personnellement d'avoir pris connaissance de tous les rapports qui lui parviennent et s'assurer de faire le suivi adéquat avec les patients. Il est pas surprenant que les médecins rapportent consacrer plusieurs heures par semaine à la gestion des résultats, des heures qui ne sont pas passées au chevet des patients<sup>101</sup>.

## 2-Les limites de l'obligation de suivre

Lorsqu'une consultation à la salle d'urgence prend fin, le médecin et le patient ont des responsabilités quant au suivi de la condition médicale. En effet, la majorité des patients vus à la salle d'urgence ont besoin d'un suivi de leur condition. Le défi de la salle d'urgence réside dans le fait que le patient soit « de passage », il n'y reviendra pas automatiquement pour son suivi. Ainsi, l'obligation de suivi du médecin d'urgence connaît certaines limites. L'une de celles-ci est le « congé éclairé ».

La notion de « congé éclairé » a fait son apparition au début des années 90 dans la cause *Drolet c. Parenteau*<sup>102</sup>. Les juges de la Cour d'appel importent alors les principes du consentement éclairé et les appliquent à la notion de congé, l'obligation d'information s'inscrit alors une perspective post-intervention. Le médecin doit d'abord s'assurer d'accorder le congé au moment opportun et doit ensuite remplir son devoir d'information à l'égard du patient. Il devra notamment déterminer les signes et les symptômes que le patient devra observer à la maison et lui expliquer le suivi médical que requiert son état. Il s'agit du « filet de sécurité ».

La notion de congé de l'urgence implique nécessairement que le patient retourne chez lui. À l'ère où le « paternaliste médical » n'a plus sa place, un certain fardeau de responsabilité atterri donc sur les épaules du patient et de ses proches. Il

---

<sup>101</sup> Id., par. 28 Le médecin rapporte consacrer environ 6h/semaine seulement pour la gestion des résultats des examens demandé.

<sup>102</sup> *Drolet c. Parenteau*, préc., note 23.

est alors intéressant de s'attarder en deuxième partie sur les obligations qui incombent au patient (et à ses proches) lors du congé médical de l'urgence. Enfin, le partage des responsabilités relevant de l'obligation de suivi entre le patient et son médecin sera exploré à la lumière de la jurisprudence québécoise. Rappelons que le contexte particulier de la salle d'urgence amène certaines nuances à l'obligation de suivi imposé aux médecins.

## 2.1 Le congé éclairé

Dans les hôpitaux québécois, seul le médecin traitant peut donner le congé au patient. Le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* précise à l'article 30 que : « dans un centre hospitalier, le congé d'un bénéficiaire doit être signé par le médecin »<sup>103</sup>. Le Collège des médecins a d'ailleurs émis en novembre 2016 un rappel à ses membres à savoir que seul le médecin superviseur peut donner le congé définitif de l'hôpital et que les médecins résidents ne sont pas autorisés à le faire<sup>104</sup>. Par contre, la décision d'accorder un congé n'est pas seulement une décision médicale. La LSSSS prévoit ainsi qu'un « établissement ne peut cesser d'héberger un usager qui a reçu son congé que si l'état de celui-ci permet son retour »<sup>105</sup>. Le contexte psychosocial du patient aura donc un impact sur la possibilité pour le patient de quitter l'hôpital.

Dès le début des années 90, la notion de « congé éclairé » apparaît dans les décisions des tribunaux québécois<sup>106</sup> et canadiens. Ce concept réfère à l'obligation d'information qui incombe au médecin qui autorise le congé de son patient. Ainsi, le médecin doit informer adéquatement le patient sur les signes et les symptômes à surveiller, notamment ceux qui pourraient exiger une nouvelle évaluation médicale.

---

<sup>103</sup> Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, RLRQ, c. S-5, r.5.

<sup>104</sup> COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC, Les activités professionnelles qui peuvent être exercées par les résidents et les moniteurs, Direction des études médicales, 16 novembre 2016 : « Mentionnons que les congés définitifs de l'urgence ou d'une unité de soins doivent être contresignés par le médecin superviseur. Seul le médecin traitant est autorisé à signer la feuille sommaire ».

<sup>105</sup> LSSSS, art. 14.

<sup>106</sup> Drolet c. Parenteau, préc., note 23, est la première cause qui explore en détails la notion de « congé éclairé ».

Dans le cas du médecin d'urgence, il s'agit d'expliquer les circonstances sous lesquelles le patient doit revenir consulter à la salle d'urgence. Il s'agit du fameux « filet de sécurité ».

### **2.1.1 La décision d'accorder le congé**

Lorsqu'un médecin évalue un patient à la salle d'urgence, il doit d'abord éliminer les pathologies dangereuses avant de libérer ce dernier. Le juge Bouchard rappelait dans la cause *Savard c. Houle* que la majorité des patients qui quittent l'urgence n'ont pas un diagnostic définitif : le travail du médecin à l'urgence est donc de « toujours envisager le pire et éliminer les pathologies les plus graves avant de libérer un patient »<sup>107</sup>. Ainsi, le médecin écarte les pathologies dangereuses et, par la suite, décide si le patient peut obtenir son congé de l'urgence. En réalité, lorsque le patient quitte l'urgence, son épisode de soin est rarement terminé. La guérison se fera à la maison, mais le patient aura certaines directives à suivre ou encore un suivi avec un spécialiste ou avec son médecin de famille.

La première obligation du médecin est de s'assurer que la vie du patient n'est pas en danger lorsqu'il prend la décision d'accorder le congé. Il est important que le patient soit stable et même que son état se soit amélioré lors du séjour à l'urgence. À cet effet, les notes prises par les infirmières reflètent l'évolution des patients pendant le séjour et doivent être consultées par le médecin qui autorise le congé. Ainsi, un chirurgien négligent autorise un congé alors que l'infirmière note bien que la patiente est encore souffrante et qu'il n'y a pas eu d'amélioration de son état<sup>108</sup>. Dans le même sens, un médecin d'urgence sera tenu responsable d'avoir autorisé un congé à un patient qui est encore souffrant : les notes des infirmières indiquaient que le patient était souffrant au moment du congé<sup>109</sup>. Enfin, un médecin donne congé à un patient alors que l'infirmière note au dossier une glycémie très élevée<sup>110</sup>.

---

<sup>107</sup> *Savard (Succession de) c. Houle*, préc., note 45, par. 165.

<sup>108</sup> *Moreau c. Fugère*, préc., note 28.

<sup>109</sup> *Camden-Bourgault c. Brochu*, préc., note 48, par. 28.

<sup>110</sup> *Médecins (Ordre professionnel des) c. Nguyen*, 2015 CanLII 60203 (QCCDCM).

À ce sujet, l'affaire *Montpetit c. Léger*<sup>111</sup> est intéressante à analyser. Dans cette histoire, un jeune patient de 24 ans se présente à la salle d'urgence à deux reprises dans la même semaine avec un terrible mal de tête. Il décèdera d'une hémorragie cérébrale qui n'a pas été diagnostiquée à temps. À la première visite, le patient répond bien au traitement antimigraineux et reçoit son congé de l'urgence. Le tribunal ne retient pas la responsabilité du premier médecin. Le patient se représente quelques jours plus tard à la salle d'urgence avec un mal de tête plus sévère et il sera congédié alors qu'il est toujours souffrant. La conduite du deuxième médecin sera jugée inacceptable et sa responsabilité sera retenue. Ainsi, bien que les 2 médecins aient été incapables de diagnostiquer le saignement intracrânien, la décision d'accorder le congé s'est avérée fautive dans le cas du second médecin.

Ainsi, il est primordial de confirmer la stabilité de l'état du patient au moment du congé. Dans l'affaire *Berlinguet c. Lamson-Engo*<sup>112</sup>, un médecin d'urgence évalue un saignement utérin vers 1 h am et note que le saignement s'est tari. Il prescrit alors une échographie au matin et un suivi en gynécologie. Il juge alors la patiente assez stable pour retourner chez elle dormir en attendant la suite des investigations au matin. La patiente décèdera malheureusement durant la nuit. Dans cette cause, la stabilité de la patiente a pu être établie par les signes vitaux, l'examen clinique et l'excellent état général de la patiente capté par les vidéos de la salle d'attente (où elle a attendu plus de 5 heures). Le médecin, blâmé d'avoir donné un congé précipité, a ainsi pu être exonéré.

Dans plusieurs situations, la décision d'accorder le congé sera discutée avec le patient, une prise de « décision partagée ». Depuis les années 90, la littérature scientifique regorge de recherches sur la prise de décision partagée, soit essentiellement une décision prise de manière conjointe par le médecin et le patient<sup>113</sup>.

---

<sup>111</sup> *Montpetit c. Léger*, [2000] R.J.Q. 2582 (C.S.).

<sup>112</sup> *Berlinguet c. Lamson-Engo*, 2009 QCCS 910.

<sup>113</sup> A. TOWLE ET W. GODOLPHIN, «Framework for teaching and learning informed shared decision making», (1999) 319 BMJ, p.1 , G. ELWYN, A. EDWARDS, P. KINNERSLEY ET R. GROL, «Shared

Ce tournant marque la fin du courant du paternalisme médical. Ainsi, un congé peut être donné de manière prématurée à un patient qui insiste pour retourner chez lui, si les risques lui ont bien été expliqués. D'ailleurs, dans *Berlinguet c. Lamson-Engo*<sup>114</sup> la patiente émet le désir de retourner dormir chez elle en attendant l'échographie au matin. Le médecin, qui la juge stable acquiesce alors à sa demande.

À l'inverse, il sera mal avisé pour le médecin de congédier un patient qui refuse de partir en raison de son état de santé. Dans l'affaire récente *Garcia c. Soucy*<sup>115</sup>, qui s'est déroulée à l'urgence de Hôpital Sainte-Justine, un médecin a été tenu responsable d'avoir donné congé à un enfant qui présentait des symptômes respiratoires importants. Les parents sont alors retournés à la maison contre leur gré et leur enfant en a subi des préjudices. Un des éléments fautifs qui a été retenu par le juge est que le médecin « ne semble pas avoir attaché aucune importance au fait que la résidence des parents était située à une distance assez appréciable de l'hôpital »<sup>116</sup>. La distance entre la résidence du patient et l'hôpital peut tout à fait justifier qu'un patient reste en observation plus longtemps. À l'inverse, des congés peuvent être accordés plus facilement lorsque le patient habite à quelques minutes de l'hôpital et qu'il y a un moyen facile et rapide de revenir s'il y a une complication. Bref, cette décision doit alors être prise avec le patient : c'est une décision partagée.

Le médecin qui autorise le congé de l'urgence doit donc avoir une idée assez précise de l'environnement du patient. Il faut, entre autres, vérifier si les proches du patient sont présents et peuvent apporter aide et soutien. De plus, dans le contexte de notre population vieillissante, il faut confirmer que le patient est capable de se mobiliser pour aller à ses rendez-vous ou encore pour revenir à l'urgence si la situation se détériore. Ménard précise bien que « le médecin et l'établissement doivent s'assurer de ce fait dans chaque cas et une mauvaise évaluation de cet aspect peut entraîner la

---

decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices», (2000) 50 Br J Gen Pract, p.1.

<sup>114</sup> *Berlinguet c. Lamson-Engo*, préc., note 112.

<sup>115</sup> *Garcia c. Soucy*, préc., note 46.

<sup>116</sup> *Id.*, p.17.

responsabilité civile de l'établissement ou du médecin »<sup>117</sup>. À cet effet, il rappelle la cause *Stacey c. Plante*<sup>118</sup>, où le médecin n'avait pas tenu compte du faible d'éducation de la famille en retournant une jeune patiente avec un bras fracturé à la maison. Sa responsabilité a alors été retenue.

Enfin, le médecin de l'urgence n'est pas responsable des congés qui sont donnés par les consultants à la salle d'urgence. Dans un jugement récent du Conseil de discipline,<sup>119</sup> un médecin d'urgence est blâmé d'avoir autorisé verbalement le départ d'une patiente qui venait de recevoir son congé du gastroentérologue. Le syndic reproche au médecin de ne pas avoir procédé à une évaluation médicale de la patiente avant qu'elle ne soit libérée de l'urgence. Le Conseil acquitte finalement ce dernier et confirme qu'un médecin d'urgence n'a pas à contrôler le congé médical donné par les médecins consultants, cette pratique étant sécuritaire et conforme aux règles de l'art<sup>120</sup>.

### 2.1.2 Le filet de sécurité

Une fois que le congé est autorisé, le médecin doit s'acquitter de son devoir d'information : il s'agit du filet de sécurité. Il doit préciser au patient les signaux d'alarme à surveiller et ne peut pas seulement l'aviser de revenir à la salle d'urgence si l'état se détériore<sup>121</sup>. Ménard précise aussi que le médecin doit informer le patient de certaines dispositions qui sont nécessaires pour assurer la continuité des soins;

« Ainsi, il doit recevoir l'information suivante :

- a) Modalités de suivis en externe, c'est-à-dire date, heure et endroit du prochain rendez-vous;
- b) Instructions sur les activités personnelle et professionnelles, c'est-à-dire limitation de travail, d'activité ou d'exercices;
- c) Instruction pour l'alimentation, le repos et l'hygiène;
- d) Instruction sur les médicaments qui lui sont prescrits
- e) Symptômes à observer pour reconsulter à l'urgence, téléphoner ou faire toute autre démarche;

---

<sup>117</sup> J.-P. MENARD, préc., note 17, p. 1.

<sup>118</sup> *Stacey c. Plante*, [1979] 665 (C.S.).

<sup>119</sup> *Médecins (Ordre professionnel des) c. Parent* 2017 CanLII 47421 (QC CDCM).

<sup>120</sup> *Id.*, par. 145-146.

<sup>121</sup> *Moreau c. Fugère*, préc., note 28, par. 29, dans le même sens ; *Lauzon c. Taillefer*, [1991] R.R.A. 62,72 (C.S.).



- f) Coordonnées du CLSC ou de tout autre organisme qui doit assurer la continuité des soins. »<sup>122</sup>

Ce devoir va au-delà des simples « conseils d'usage » qui sont habituellement énoncés au moment du congé. Le patient doit véritablement comprendre les signes et symptômes à surveiller et être capable de les identifier afin de revenir consulter. Ce n'est que lorsque le devoir d'information est adéquatement rempli que le patient a reçu son congé de manière « éclairée ».

La première cause qui étudie le congé éclairé est l'arrêt *Drolet c. Parenteau*<sup>123</sup>. Dans cette cause, une patiente subit une blépharoplastie, une chirurgie esthétique élective, et développera une cécité, une complication rare de la chirurgie (0.04%). La patiente n'ayant pas été informée adéquatement des signes d'alarme à surveiller tardera à consulter. Le juge Tyndale utilise les critères du consentement éclairé pour le congé éclairé et souligne que « c'est l'effet d'un manque d'information quant aux événements après l'opération qui est importante »<sup>124</sup>. Il insiste sur le fait que les critères relatifs au consentement éclairé sont applicables relativement à l'obligation d'informer le patient au moment du congé. Conséquemment, un risque statistiquement peu significatif, mais qui peut occasionner des effets graves, doit être divulgué. Puisque dans cette cause la chirurgie était non requise par l'état de santé et faite de manière élective, il est possible de conclure que l'obligation d'informer au moment du congé était d'autant plus importante.

Les critères du congé éclairé de l'Arrêt *Drolet c. Parenteau* sont repris quelques années plus tard dans la cause *Lefebvre c. Madore*<sup>125</sup>. Dans cette cause, une patiente subit une ovariectomie et développe le syndrome du vestige ovarien. Elle doit alors subir une deuxième intervention. La patiente poursuit son médecin entre autres

---

<sup>122</sup> JEAN-PIERRE MENARD, « Droits des usagers à la salle d'urgence », dans BOURASSA-FORCIER, Mélanie, SAVARD, Anne-Marie, *Droit et politiques de la santé*, LexisNexis Canada Inc., Montréal, 2014, chapitre 10, p.399.

<sup>123</sup> *Drolet c. Parenteau*, préc., note 23.

<sup>124</sup> *Id.*, p. 701.

<sup>125</sup> *Lefebvre c. Madore*, [1996] R.R.A. 25.

pour manquement au devoir d'information. La preuve démontre effectivement que la patiente n'avait pas été informée de la possibilité de cette complication. À cet égard, le Juge s'exprime ainsi : « l'intimé n'avait pas le devoir de mentionner à sa patiente qu'il y avait une infime possibilité qu'il ait oublié des fragments de tissu ovarien, possibilité qui même si elle se réalisait pouvait très bien n'entraîner aucun problème ». <sup>126</sup> Le risque, alors jugé rare et non dangereux, n'avait donc pas à être divulgué.

L'affaire *Kimmis-Paterson* <sup>127</sup> reprend aussi la notion de congé éclairé dans le contexte d'une chirurgie requise par l'état de santé. Un chirurgien donne congé à un patient après une opération au genou. Il l'avise de communiquer avec la clinique ou de se rendre à la salle d'urgence s'il ressentait une détérioration de la condition de sa jambe. Lorsque la jambe enfle deux jours après le congé, le patient communique avec l'infirmière de la clinique qui lui indique de se rendre à l'urgence de l'hôpital. Le patient décide de ne pas se rendre à l'urgence malgré la recommandation de l'infirmière et décèdera des suites d'une embolie pulmonaire. La Cour d'appel se prononce alors clairement : le médecin a été négligent de ne pas divulguer le risque dangereux de phlébite et d'embolie pulmonaire. La décision confirme qu'un patient correctement informé que l'enflure de la jambe était un « signal d'alarme » pour une condition dangereuse aurait consulté à temps. Depuis ce jugement, il est établi que pour remplir son devoir d'information, le médecin doit, en plus des conseils d'usage, faire la « divulgation des complications prévisibles et des symptômes ou indices avant-coureurs ou annonceurs de danger » <sup>128</sup>.

L'étendue de l'obligation d'information a fait l'objet d'un débat dans la cause *Kimmis-Paterson* <sup>129</sup>. En effet, le médecin avançait que puisqu'une embolie pulmonaire survient dans moins de 1% des cas, il n'avait pas l'obligation de le divulguer. Le juge de la Cour d'appel conclut qu'autant le consensus scientifique que

---

<sup>126</sup> Id., p.11.

<sup>127</sup> *Kimmis-Paterson c. Rubinovich*, [2000] R.R.A. 26, 28 (C.A.).

<sup>128</sup> Id., par. 12.

<sup>129</sup> Id.

la jurisprudence<sup>130</sup> énoncent les mêmes principes : « plus graves sont les conséquences de la complication et surtout si elle est fatale, plus impérieuse est l'obligation de renseignement »<sup>131</sup>. Ainsi les risques statistiquement peu significatifs, mais pouvant entraîner des conséquences graves comme la mort ou l'incapacité permanente doivent être expliqués au patient au moment du congé.

L'affaire *Camden-Bourgault c. Brochu*<sup>132</sup> suit l'affaire *Kimmis-Paterson* et se déroule cette fois dans une salle d'urgence. Dans cette cause, un médecin d'urgence congédie un patient diabétique qui a eu un traumatisme au membre inférieur. Lors des jours suivants, la douleur à la jambe augmente et le patient tarde à revenir consulter, et ce, malgré l'insistance des membres de sa famille. Au moment du congé de l'urgence, le médecin s'avère incapable d'identifier clairement au patient les signes et symptômes à surveiller et il subsiste une « imprécision quant aux signaux d'alarme »<sup>133</sup> que le patient doit surveiller. De plus, le patient quitte alors qu'il est encore souffrant et le Tribunal reconnaît qu'il est alors difficile pour un patient raisonnable de savoir quand il doit revenir en raison d'une augmentation de la douleur. D'ailleurs, la preuve retenue est à l'effet que les instructions reçues au congé ont plutôt eu comme effet de rassurer le patient et de lui prodiguer un « faux sentiment de sécurité »<sup>134</sup>. Le juge retient alors la faute du médecin d'urgence qui n'a pas rempli son devoir d'information et qui n'a pas su alerter le patient.

La cause *Camden-Bourgault c. Brochu*<sup>135</sup> se distingue de la jurisprudence puisqu'elle se déroule dans un contexte de consultations d'urgence et non pas dans un contexte de chirurgie esthétique ou encore d'opération élective. Par contre, le juge Rochon ne fait pas de distinction sur l'intensité de l'obligation d'information au congé du patient. Il place ainsi un fardeau important au médecin d'urgence qui congédie les patients de la salle d'urgence et a pour effet de déresponsabiliser le patient. Certains

---

<sup>130</sup> Ici le juge fait surtout référence à la cause *Drolet c. Parenteau*, préc., note 23.

<sup>131</sup> *Kimmis-Paterson c. Rubinovich*, préc., note 127, par. 17.

<sup>132</sup> *Legault c. Parenteau*, préc., note 31 ; *Camden-Bourgault c. Brochu*, préc., note 48.

<sup>133</sup> *Camden-Bourgault c. Brochu*, préc., note 48 p. 69.

<sup>134</sup> Id., par. 43.

<sup>135</sup> Id., par. 69.

auteurs<sup>136</sup> suggèrent plutôt d'utilisation du « critère usuel » pour parvenir à un congé moins exhaustif. Ce processus serait plus près de la réalité des professionnels sur le terrain et exigerait une implication active de la part du patient.

Finalement, afin de bien remplir son devoir d'information, le contenu des renseignements prodigués au patient doit se retrouver au dossier. La jurisprudence est assez claire à ce sujet : « sauf explications plausibles et claires, on doit tenir que ce qui n'a pas été noté, n'a pas en principe été fait »<sup>137</sup>. Ainsi, un médecin d'urgence témoignera à la Cour de l'étendue des recommandations faites au patient, alors qu'il n'en existe aucune trace au dossier<sup>138</sup>. À l'inverse, le témoignage d'une patiente qui veut démontrer le manque de suivi de son médecin n'est pas retenu puisqu'il est clairement indiqué au dossier que la patiente avait un suivi de prévu dans 24h avec le même médecin<sup>139</sup>.

### 2.1.3 Les instructions écrites

La littérature scientifique confirme que les patients ne retiennent que très peu les instructions données au congé<sup>140</sup>. Plusieurs chercheurs se sont alors intéressés à la pertinence de remettre des informations écrites au patient. Il a d'abord été démontré que la remise d'instruction écrite augmentait la compréhension et la satisfaction des patients<sup>141</sup>. Des recherches subséquentes ont démontré que l'utilisation d'un support papier avec des instructions verbales diminuait les réadmissions à l'hôpital<sup>142</sup> et

---

<sup>136</sup> DANIEL W PAYETTE, «Congé éclairé: le difficile équilibre entre les responsabilités respectives du médecin et du patient», dans S.F.P.B.Q., *Développements récents en responsabilité médicale et hospitalière*, Montréal, Édition Yvon Blais, 2005, p. 1.

<sup>137</sup> Bérubé c. Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis, [2003] R.R.A. 374 par. 24.

<sup>138</sup> Thivierge c. Gouriou, préc., note 47, par. 56.

<sup>139</sup> Marcelin c. Leblanc, 2009 QCCS 4293 par. 15.

<sup>140</sup> Jusqu'à 23% des patients ne comprennent pas les informations au moment du congé, J. M. SPANDORFER, D. J. KARRAS, L. A. HUGHES ET C. CAPUTO, «Comprehension of discharge instructions by patients in an urban emergency department», (1995) 25 *Ann Emerg Med*, p.1.

<sup>141</sup> A. JOHNSON ET J. SANDFORD, «Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review», (2005) 20 *Health Educ Res*, p.1.

<sup>142</sup> KYLE A.; QUAN KEMP, HUDE; AND SANTANA, MARIA J. (2017) "LACK OF PATIENT INVOLVEMENT IN CARE DECISIONS AND NOT RECEIVING WRITTEN DISCHARGE INSTRUCTIONS ARE ASSOCIATED WITH

permettait des congés de l'urgence plus sécuritaire<sup>143</sup>. Par contre, la remise d'instructions écrites peut avoir des implications médico-légales et c'est pourquoi plusieurs médecins hésitent encore à les utiliser. Le contenu des informations écrites a fait l'objet de quelques décisions des tribunaux.

Dans la cause *Drolet c. Parenteau*<sup>144</sup>, le médecin remet des instructions écrites de six pages au patient au moment du congé. Lors de l'analyse de la preuve, le document s'avère incomplet, puisqu'il ne mentionne pas les complications qui pourraient survenir ni les symptômes à surveiller. Au contraire, le document vise plutôt à rassurer la patiente. Le juge reconnaît que le chirurgien a agi de manière contraire aux règles de l'art, car il a « délégué à des feuilles de papier le suivi de son patient »<sup>145</sup>.

Dans une autre affaire, un dépliant remis à une patiente en post opératoire mentionne de « communiquer avec son médecin ou de se présenter à l'urgence de l'hôpital »<sup>146</sup> si son état se détériore. L'interprétation du juge est à l'effet qu'une personne raisonnable communiquerait alors avec son médecin avant de se présenter à l'urgence. Ainsi, c'était bel et bien au médecin de reconnaître l'urgence de la situation et de référer la patiente à la salle d'urgence, ce qu'il n'a pas fait. Cette dernière ne pouvait être imputable de ne pas s'être présenté directement à la salle d'urgence.

Enfin, dans l'affaire *Paterson*<sup>147</sup>, la feuille d'instruction écrite remise au patient n'aide pas le médecin à s'acquitter de son devoir d'information, car elle a été jugée trop succincte. Le juge s'exprimait ainsi : « un patient normal et non informé ne pouvait établir une relation entre une intervention mineure à son genou et le souffle

---

UNPLANNED READMISSIONS UP TO ONE YEAR," PATIENT EXPERIENCE JOURNAL: VOL. 4 : ISS. 2 , ARTICLE 4.

<sup>143</sup> Jusqu'à 88% des patients comprennent alors les symptômes à surveiller. J. HALL, GRAHAM, J., MCGOWAN, M., & CHENG, A. (2017). MP08: WHAT'S THE PLAN?: IMPROVING ED PATIENT DISCHARGE COMMUNICATION THROUGH PATIENT-CENTRED DISCHARGE HANDOUTS. CJEM, 19(S1), S67-S68. DOI:10.1017/CEM.2017.174.

<sup>144</sup> Drolet c. Parenteau, préc., note 23.

<sup>145</sup> Id., p. 101.

<sup>146</sup> Girouard c. Hôpital Royal Victoria, préc., note 26, p. 14.

<sup>147</sup> Kimmis-Paterson c. Rubinovich, préc., note 127.

court dont il souffrait. La feuille d’instruction remise par le médecin était à cet égard manifestement ambiguë et insuffisante »<sup>148</sup>.

En résumé, le médecin qui autorise le congé de son patient doit veiller à donner un congé éclairé et installer un filet de sécurité sans faille autour de son patient. Cette obligation implique une divulgation exhaustive d’information sur les signaux d’alarme à surveiller. Le médecin peut utiliser un support écrit pour préciser les instructions au patient, mais il doit être vigilant sur l’outil qu’il utilise, car celui-ci fera vraisemblablement l’objet d’analyse en preuve. Lorsqu’il reçoit son congé, le patient a aussi de son côté des obligations à remplir pour assurer sa propre sécurité. Ce sujet fera l’objet de la prochaine section.

## **2.2 Les obligations du patient**

Lorsqu’un médecin accorde le congé de l’urgence au patient, celui-ci complète sa convalescence à la maison. Dans la situation où le médecin s’est acquitté de son obligation d’information et a congédié le patient en suivant les règles de l’art, il est ensuite du ressort du patient de collaborer à la suite des traitements. Le patient doit donc suivre les recommandations du médecin et être vigilant afin de consulter rapidement s’il y a apparition des signaux d’alarme. Dans l’état actuel de notre système de santé, il est impossible d’exiger que le médecin de l’urgence rencontre une seconde fois tous ses patients afin de constater leur guérison. Une part de responsabilité incombe donc au patient à l’intérieur de son processus de guérison. Les auteurs Bernadot et Kouri expriment que cette obligation de collaborer est le corollaire de l’autonomie du patient<sup>149</sup>.

Dans le contexte d’une consultation à l’urgence, il faut considérer la pratique particulière propre à la médecine d’urgence. Le patient est « de passage » et ne peut

---

<sup>148</sup> Id., par. 20.

<sup>149</sup> ALAIN BERNADOT ET ROBERT P. KOURI, La responsabilité civile médicale, coll. «Collection Monographies juridiques», Sherbrooke, Éditions Revue de Droit, 1980 p.221.

s'attendre à une prise en charge complète de tous ses problèmes de santé. Le médecin de l'urgence n'est pas son médecin de famille. Cette collaboration entre le médecin et le patient est donc essentielle. L'importance pour le patient de suivre les recommandations et de collaborer à ses soins est encore plus grande dans le contexte d'une consultation à la salle d'urgence.

### 2.2.1 L'obligation de collaborer

La première obligation du patient est de collaborer avec son médecin traitant<sup>150</sup>. Une alliance thérapeutique doit se former afin que le patient bénéficie des meilleurs soins possibles. Les auteurs Baudouin, Deslauriers et Moore soulignent que le patient « doit offrir sa collaboration et le médecin sera exonéré, si le tribunal est convaincu que les manques sont le fait de ce dernier »<sup>151</sup>. Ainsi, un patient qui ne collabore pas à ses soins engage sa propre responsabilité.

Le devoir de divulgation du patient est aussi essentiel à la prise en charge adéquate de son problème de santé. Ainsi, dans l'affaire *Sirois c. Baillargeon*<sup>152</sup>, le patient se présente à l'hôpital pour une plaie à la main qu'il dit secondaire à une coupure avec un verre. Le patient reçoit donc les soins appropriés à cette condition médicale. Par contre, il s'avère que la coupure était plutôt secondaire à une morsure humaine lors d'une bagarre, ce qui est une condition à haut risque d'infection. Dans cette affaire, le médecin n'a pas été tenu responsable de ne pas avoir prodigué le suivi adéquat, car c'est le patient qui a causé son propre dommage en ne révélant pas au médecin la vérité sur l'origine de sa blessure.

Dans le même sens, prenons l'exemple d'une patiente qui subit une chirurgie de réduction mammaire thérapeutique afin de soulager ses maux de dos. Par la suite,

---

<sup>150</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R.P. KOURI ET P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 10, par. 30.

<sup>151</sup> JEAN-LOUIS BAUDOUIN, PATRICE DESLAURIERS ET BENOIT MOORE, *La responsabilité civile*, Volume 2, 8e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2014, p. 69.

<sup>152</sup> *Sirois c. Baillargeon*, [1996] A.Q. No. 4195 (C.A. Qué.).

insatisfaite de l'apparence de ses cicatrices elle poursuit son médecin. La preuve démontrera que le médecin n'est pas responsable des complications des cicatrices de la patiente, alors qu'elle n'a pas divulgué toutes les informations de son dossier médical et qu'en plus elle ne s'est pas présentée aux rendez-vous de suivi<sup>153</sup>.

L'importance de se présenter aux rendez-vous de suivi est soulignée dans plusieurs causes. Ainsi, dans la cause *Steinberg c. Mitnick*<sup>154</sup>, un patient met plus de 18 mois pour apporter son dossier médical à son médecin et ne prend pas le rendez-vous de suivi exigé. Le Tribunal confirme alors que « si le patient est informé qu'il doit avoir un suivi médical et qu'il omet ou néglige de prendre rendez-vous avec le médecin, il ne peut invoquer la conduite fautive du médecin parce que ce dernier se trouve dans l'impossibilité d'agir par son fait »<sup>155</sup>.

De manière similaire, dans l'affaire *Soltani c. Desnoyers*<sup>156</sup>, un patient subit une première intervention en oto-rhino-laryngologie pour un cholestéatome. Quelques mois plus tard, son état s'aggrave et la chirurgienne va alors fixer à deux reprises une intervention chirurgicale, auquel le patient ne se présente pas. Aucun reproche ne sera retenu contre le médecin du fait que le patient a des symptômes persistant à son oreille. La détérioration de l'état du patient résulte bel et bien d'un manquement à son obligation de collaborer.

Un constat semblable est établi dans la cause *Marcelin c. Leblanc*<sup>157</sup>, dans laquelle une patiente tente de démontrer l'absence de suivi approprié alors qu'elle connaissait très bien le service de sans rendez-vous de la clinique, pour s'y être présenté à de nombreuses reprises<sup>158</sup>. Dès lors, la patiente pouvait s'y présenter facilement s'il y avait un changement de son état. Elle ne peut donc pas invoquer son ignorance.

---

<sup>153</sup> Pelletier c. Coulombe, [1996] R.J.Q. 2314 (C.S.).

<sup>154</sup> Steinberg c. Mitnick, préc., note 86.

<sup>155</sup> Id., par. 262.

<sup>156</sup> Soltani c. Desnoyers, 2008 QCCS 1720.

<sup>157</sup> Marcelin c. Leblanc, préc., note 139.

<sup>158</sup> Id., par. 63 : La preuve démontre qu'elle s'y était présenté plus de 140 fois.



Une autre des obligations de collaboration du patient est celle d'être joignable, surtout après une intervention qui nécessite un suivi. L'affaire *Batoukaeva*<sup>159</sup> est éloquent en ce sens. Une patiente subit un avortement qui s'avère malheureusement infructueux. Lorsque la situation est portée à la connaissance du médecin, celui-ci tente de prévenir la patiente. La patiente avait entre-temps déménagé en Ontario et, bien qu'elle eût été avisée que sa condition nécessitait un suivi<sup>160</sup>, a négligé d'aviser le centre hospitalier et ne put être avisée de l'échec de la procédure. La patiente accoucha de jumeaux quelques mois plus tard et sera tenue comme la seule responsable. Il s'avère qu'être joignable est l'un des devoirs du patient et aucune faute n'a été retenue contre le médecin qui s'était acquitté adéquatement de son obligation de suivi.

Ainsi les tribunaux vont considérer la faute contributive du patient lorsque le patient omet volontairement de divulguer des informations essentielles ou lorsqu'il refuse de collaborer au plan de traitement. À titre d'exemple, le fait de rater des rendez-vous est un manquement à l'obligation de collaborer du patient. Enfin, le patient doit s'assurer de laisser les bonnes coordonnées à l'équipe médicale afin que le suivi s'effectue adéquatement.

### **2.2.2 Le suivi des recommandations**

Une des premières causes à avoir retenu la responsabilité du patient pour la contribution à son propre préjudice est l'arrêt de la Cour suprême dans l'affaire *Laurent*<sup>161</sup>. Dans cette affaire, une patiente se présente à la salle d'urgence à la suite d'une chute sur la hanche. Le médecin conclut alors à une simple contusion et ne

---

<sup>159</sup> Centre hospitalier de l'Université de Montréal c. Batoukaeva, 2008 QCCA 104.

<sup>160</sup> Id., par. 26. « On l'a de plus prévenue, en trois occasions différentes (par deux infirmières et un médecin) de la nécessité de consulter dans les quatre à six semaines après l'avortement. Cette importante mesure était aussi clairement inscrite à la brochure « Choisir l'avortement » remise à l'intimée ».

<sup>161</sup> Laurent c. Hôpital Notre-Dame de l'Espérance, [1978] 1 R.C.S. 605.

procède pas à une radiographie. La patiente qui est souffrante de sa jambe ne respecte pas le délai suggéré et prendra plus de 3 mois avant de consulter à nouveau. Le retard de diagnostic de fracture de hanche entraîne alors des préjudices à la patiente. Le juge retiendra que la patiente a été négligente de ne pas requérir des soins médicaux alors que sa condition se détériorait. La Cour suprême maintiendra alors que la patiente est responsable à 25% des préjudices qu'elle a subi et retiendra la faute du premier médecin dans une proportion de 75%.

La situation est semblable dans la cause *Lauzon c. Taillefer*<sup>162</sup>, dans laquelle un ophtalmologiste diagnostique de manière fautive une cataracte alors que la patiente souffrait d'un glaucome. La patiente ne respecte pas le délai pour consulter de nouveau émis par son médecin traitant : elle consultera 4 mois plus tard que le délai recommandé au moment du congé. Le juge rejettera son explication à l'effet qu'elle ne voulait pas consulter inutilement, prétendant que le système de santé déplore le fait que les patients consultent souvent inutilement. En conclusion, malgré l'erreur de diagnostic fautif du médecin, la patiente sera tenue responsable de 25% des dommages qu'elle a subi puisqu'elle n'a pas suivi les recommandations du médecin<sup>163</sup>.

Lorsque le patient reçoit son congé, il a la responsabilité de suivre les recommandations émises par son médecin. Dans la cause *Boulet c. Léveillé*<sup>164</sup>, une jeune patiente subit une opération esthétique aux oreilles et développe un saignement dans les jours suivants. La preuve est retenue à l'effet que la mère a été bien informée de revenir à l'hôpital si le saignement persistait et de ne pas donner d'aspirine. La mère de la patiente de suivra aucune de ces deux consignes et se présenta plutôt à un autre hôpital. Dans cette cause aucune faute n'a pas pu être établie au regard du médecin et le Tribunal conclu plutôt que la mère a négligé de suivre les conseils du chirurgien.

---

<sup>162</sup> Lauzon c. Taillefer, préc., note 121.

<sup>163</sup> Id., p.72.

<sup>164</sup> Boulet c. Léveillé, [1990] R.R.A. 412 (C.S.).

Dans le même sens, dans la cause *Bergeron c. Faubert*<sup>165</sup>, un patient en post opératoire d'une décompression du tunnel carpien ne suit pas les recommandations de repos de son médecin et retourne à son emploi trop rapidement. La preuve démontre que le médecin avait rempli son devoir d'information en avertissant le patient à plus d'une reprise. Le patient est donc le seul responsable de son préjudice et aucune faute n'est imputable au médecin.

Les auteurs Philips-Nootens et Kouri abondent en ce sens et affirme que le médecin doit pouvoir « se fier à la collaboration de la personne et au fait qu'elle observera les recommandations médicales »<sup>166</sup>. De plus, le patient « doit savoir que le médecin ne prendra pas l'initiative de le rappeler, et qu'il lui appartient de faire la démarche, en fonction de ses réactions, inquiétudes, ou autres symptômes »<sup>167</sup>. Ainsi, bien que les tribunaux aient souvent été réticents à accorder une part de responsabilité au patient, ce dernier doit suivre les recommandations de son médecin, sans quoi il peut être imputable des conséquences.

### **2.2.3 Le partage des responsabilités**

Le Code civil du Québec prévoit un partage des responsabilités lorsque plus d'une personne contribue au préjudice<sup>168</sup> ou lorsque la personne elle-même est responsable de son préjudice<sup>169</sup>. C'est ainsi que dans l'affaire *Laurent*<sup>170</sup> et *Lauzon c. Taillefer*<sup>171</sup> discuté précédemment, le patient s'est vu attribuer une part de responsabilité dans la manifestation du préjudice. Par contre, la jurisprudence dominante est plutôt réticente à attribuer une part de responsabilité aux patients... même lorsque ceux-ci omettent de suivre les recommandations de leur médecin. Les

---

<sup>165</sup> *Bergeron c. Faubert*, [1996] R.R.A. 820 (C.S.) (confirmé par [2000] J.Q. no 6184 (C.A.)).

<sup>166</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R.P. KOURI ET P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 10, par. 394.

<sup>167</sup> Id., par. 394.

<sup>168</sup> Art 1478 C.c.Q.

<sup>169</sup> Art 1478, al.2 C.c.Q.

<sup>170</sup> *Laurent c. Hôpital Notre-Dame de l'Espérance*, préc., note 161.

<sup>171</sup> *Lauzon c. Taillefer*, préc., note 121.

tribunaux sont « frileux » à reconnaître la causalité de l'action du patient qui n'a pas rempli ses obligations ou qui n'a pas été diligent au regard de son état de santé.

Tout d'abord, dans la cause *Drolet c. Parenteau*<sup>172</sup> discuté précédemment, les tribunaux ont refusé d'attribuer une part de responsabilité à la patiente et son entourage. À la lecture des faits, on retrouve que durant la soirée suivant l'opération la patiente a eu des douleurs qui dépassait largement le « léger inconfort » et qu'elle n'a pas cherché à contacter le médecin tel que suggéré dans le dépliant remis à la patiente<sup>173</sup>. La patiente était pourtant bien entourée, une de ses filles était médecin et l'autre optométriste. De plus, son gendre qui était aussi médecin lui a administré de son propre chef des injections d'antidouleurs plus puissants pour arriver à contrôler ses douleurs. D'ailleurs, la patiente explique en interrogatoire ne pas avoir appelé son médecin traitant puisque son gendre médecin était là<sup>174</sup>. Le Tribunal tranche alors que les actions des membres de la famille qui avaient tous des connaissances médicales ont agi « un peu au détriment du patient, mais non de façon causale »<sup>175</sup>.

Le constat est le même dans l'affaire *Paterson*<sup>176</sup>, alors que le patient refuse de se rendre à l'hôpital malgré la recommandation téléphonique de la secrétaire. Le juge de la Cour d'appel renverse le jugement de première instance et explique qu'on ne peut pas demander à un profane de faire le lien entre une opération au genou et le fait d'avoir le souffle court comme complication lorsque cette possibilité n'a pas été préalablement expliquée<sup>177</sup>. Par contre, le patient n'a tout de même pas suivi les directives obtenues lors de son appel téléphonique. Le juge de la Cour d'appel explicite tout de même sa décision : l'information reçue au congé ne permettait pas à son avis à une personne raisonnable de réagir adéquatement.

---

<sup>172</sup> Drolet c. Parenteau, préc., note 23.

<sup>173</sup> Id., p.18.

<sup>174</sup> Id., p.31.

<sup>175</sup> Id., p.104.

<sup>176</sup> Kimmis-Paterson c. Rubinovich, préc., note 127.

<sup>177</sup> Id., par. 21.

Encore plus étonnant, dans la cause *Camden-Bourgault c. Brochu*<sup>178</sup> abordée ci-haut, le patient pourtant bel et bien avisé de consulter à nouveau<sup>179</sup> si la douleur augmentait refuse de se présenter rapidement à l'urgence, et ce, malgré l'insistance de son entourage. Pourtant, il est démontré en preuve que le patient avait nettement augmenté ses doses d'analgésiques : il a dû prendre quatre fois la dose prescrite pour se soulager! Le juge explique alors que la douleur étant un aspect subjectif, on ne peut pas tenir le patient imputable<sup>180</sup>. Il semble que dans cette situation, le patient a, au moins partiellement, contribué à son préjudice. Le juge affirme que le médecin lui a prodigué un « sentiment de sécurité »<sup>181</sup>, pourtant il lui bel et bien mentionné de revenir si les douleurs augmentaient. La question se pose : quelles informations supplémentaires aurait-il dû offrir au patient?

Il est surprenant, à notre avis, de ne pas considérer qu'une personne raisonnable consultera de nouveau si elle doit quadrupler sa dose d'analgésique. Dans l'affaire *Camden-Bourgault c. Brochu*, le Tribunal ne se prononce pas sur les informations qui auraient dû être émises et se contente d'émettre le constat que le patient aurait dû être gardé en observation<sup>182</sup>. Il s'agit d'une position qui place un fardeau important sur les épaules de l'urgentologue et qui semble peu réaliste : il est impossible de garder tous les patients à la salle d'urgence pour la seule raison qu'ils ont des facteurs de risque de complications.

Ceci étant dit, le médecin ne peut se décharger complètement de son obligation d'information en la laissant reposer sur les épaules du patient. Dans certains cas, les tribunaux vont refuser de mettre le fardeau de la responsabilité sur le patient.

Dans certaines situations, le patient est effectivement vulnérable et le médecin ne peut se décharger de son obligation de suivre. Ainsi, dans la cause *Stunell c.*

---

<sup>178</sup> *Camden-Bourgault c. Brochu*, préc., note 48.

<sup>179</sup> Id., par. 17 : « si des changements surviennent, enflure, augmentation de la douleur, revenez ».

<sup>180</sup> *Kimmis-Paterson c. Rubinovich*, préc., note 127.

<sup>181</sup> *Camden-Bourgault c. Brochu*, préc., note 48, par. 64.

<sup>182</sup> Id., par. 28.

*Pelletier*<sup>183</sup>, le gynécologue tente une défense expliquant qu'il avait demandé à la patiente de lui rappeler d'enlever son grain de beauté. La patiente qui a négligé de le rappeler à son patient ne peut être tenue responsable, une profane ne peut pas anticiper que le grain de beauté pouvait être cancéreux et métastatique. En fait, elle demandait le retrait de son grain de beauté pour des raisons esthétiques! Dans cette affaire, le gynécologue « n'a jamais expliqué à cette jeune femme de 26 ans qu'il fallait surveiller de près la lésion ni les conséquences sérieuses de changements s'ils survenaient »<sup>184</sup>. Conséquemment, il ne peut pas attribuer une part de responsabilité à la patiente.

Dans l'affaire *Thivierge c. Gouriou*<sup>185</sup>, le médecin explique dans son témoignage avoir explicité au patient les symptômes à surveiller. À cet égard, le juge est sans nuance : « L'embolie pulmonaire est une pathologie grave, difficile à diagnostiquer pour les médecins, les signes sont variables et ne possèdent pas pour la plupart une spécificité déterminante. Laisser au patient la tâche d'évaluer sa propre condition médicale dans un tel contexte est une approche déraisonnable et fautive. »<sup>186</sup> Ainsi, le médecin doit considérer quels sont les signes et symptômes qu'un patient est raisonnablement en mesure de surveiller.

De plus, le médecin doit considérer que l'état mental d'un patient peut diminuer sa capacité à collaborer. La Cour d'appel est intervenue dans l'affaire *Fisch c. St-Cyr*<sup>187</sup>, dans laquelle une patiente a subi les conséquences d'un retard de diagnostic du cancer du sein. Le tribunal de première instance avait fait porter le 2/3 de la responsabilité à la patiente, car la patiente ne remplit pas son devoir de collaboration en ne dévoilant pas à ses médecins la présence d'une masse à son sein qui progresse rapidement<sup>188</sup>. En cour d'appel, la faute contributive de la patiente est

---

<sup>183</sup> *Stunell c. Pelletier*, préc., note 38.

<sup>184</sup> *Id.*, p.22.

<sup>185</sup> *Thivierge c. Gouriou*, préc., note 47.

<sup>186</sup> *Id.*, par. 175.

<sup>187</sup> *Fisch c. St-Cyr*, [2005] R.J.Q. 19944 (C.A.), renversant [2003] R.J.Q. 1582 (C.S.), appel en Cour suprême, réglé hors-cour.

<sup>188</sup> *Id.*, par. 93 du jugement de la cour d'appel.

réduite à 1/3, vu la négligence des médecins à établir le diagnostic et leur connaissance de l'état dépressif de la patiente qui diminue sa capacité à collaborer<sup>189</sup>.

En bref, l'étude de la jurisprudence nous révèle que les tribunaux sont réticents à reconnaître la contribution du patient à son propre préjudice. Le médecin doit s'assurer que le patient est raisonnablement en mesure de suivre ses instructions et que sa santé mentale ne nuit pas à sa compréhension. De plus, il doit être vigilant et ne pas avoir une attitude trop rassurante, surtout dans le contexte d'une visite à l'urgence où le diagnostic est souvent provisoire. Par contre, le fait de ne pas considérer la possibilité que le patient ait contribué à son préjudice amène l'effet pervers de déresponsabiliser les patients par rapport à leur état de santé. Le fardeau ainsi imposé au médecin quant à la divulgation d'informations semble accroître son obligation de moyens.

#### ***2.2.3.1 Les particularités de l'urgence***

Tel que discuté précédemment, l'obligation de suivi imposé au médecin d'urgence ne peut être la même que celle imposée au médecin traitant du patient, que ce soit le médecin de famille ou son spécialiste. Par contre, une situation trop fréquemment rencontrée à la salle d'urgence est le patient sans médecin de famille, le « patient orphelin ». Le patient qui consulte ainsi pour une pathologie non urgente, comme un diabète ou une hypertension, n'aura pas besoin d'être hospitalisé. Le médecin d'urgence va alors demander une consultation en externe avec un spécialiste et confirmer que le patient est bel et bien sur la liste d'attente pour avoir un médecin de famille. Il y aura donc un certain laps de temps entre le moment où le patient quitte l'urgence avec les recommandations appropriées et la rencontre éventuelle avec un spécialiste ou un médecin de famille. Ce délai peut malheureusement s'étendre à plusieurs mois. Comment peut-on alors analyser la responsabilité partagée du médecin d'urgence et du patient?

---

<sup>189</sup> Id., par. 97 du jugement de la cour d'appel.

Une alternative souvent utilisée par les médecins est de prescrire des médicaments pour une période maximale de 3 mois, obligeant ainsi le patient à consulter de nouveau pour un suivi. Ce compromis imparfait semble être la seule possibilité au sein de notre système de santé quelque peu dysfonctionnel. De plus, le médecin aura toujours avantage à bien expliquer les signaux d'alarme à surveiller en attendant la prise en charge par un médecin traitant. Le patient devra être encore plus vigilant par rapport à son état de santé, puisqu'aucun médecin n'est présent pour le suivi. Soyons clairs, il semble démesuré de demander au médecin d'urgence de faire office de médecin traitant pour chaque patient orphelin qui est en attente d'une prise en charge<sup>190</sup>.

Une autre situation souvent rencontrée est la multiplicité des acteurs qui interviennent dans le dossier du patient. Prenons l'exemple d'un trauma et d'un médecin de l'urgence qui soupçonne une fracture de la colonne cervicale et en discute avec un neurochirurgien. Ce dernier demande de prescrire une tomodensitométrie du cou et de l'hospitaliser à son nom. Le patient séjourne donc quelques jours en neurochirurgie et reçoit alors son congé. Au rapport final de l'imagerie, on retrouve une trouvaille fortuite : un nodule sur la thyroïde est détecté et cette nouvelle information demande des investigations non urgentes. Le neurochirurgien n'a fait aucun suivi par rapport à cette trouvaille et le patient n'est pas avisé durant son hospitalisation. Qui est réellement responsable de ce suivi? Le médecin de l'urgence qui a prescrit des imageries à la demande du neurochirurgien? Le neurochirurgien qui a véritablement pris en charge le patient? Le médecin de famille qui va recevoir le rapport de la tomodensitométrie un mois plus tard? Cette situation représente bien la problématique de la multiplicité des acteurs dans les dossiers médicaux et la déresponsabilisation des médecins qui vont souvent se fier aux autres. Le patient se retrouve donc souvent dans les « failles » du système. Ces procédures représentent tout un défi au moment de départager les responsabilités de chacun.

---

<sup>190</sup> FRANCOIS-PIERRE GLADU, «Mode d'emploi pour briser la confiance entre l'état et les médecins», (Juin 2015) Santé Inc en 2011 un médecin d'urgence voyait en moyenne 1416 patients par année.



L'affaire *Duval*<sup>191</sup> illustre bien ce principe. Dans ce cas un médecin orthopédiste fait une résonnance magnétique pour une douleur au genou et trouve une déchirure du ménisque pour lequel il traitera le patient. Par contre, le résultat du test soulève la possibilité d'une atteinte osseuse de la jambe. L'orthopédiste ne s'occupe pas de ce résultat, croyant que le médecin de famille aura une copie et fera le suivi approprié. Le Conseil de discipline exprime alors que « l'intimé est de bonne foi, mais il n'en demeure pas moins que son comportement met encore une fois en lumière la responsabilité du médecin pour tous les gestes qu'il pose quotidiennement dans sa pratique. L'intimé croyant que son patient était suivi par d'autres médecins, ceci a eu des conséquences néfastes ». <sup>192</sup> Ce jugement de déontologie rappelle qu'un médecin ne peut se décharger d'un résultat critique et l'acheminer simplement au médecin de famille.

Sur le terrain, des situations comme celle-ci sont malheureusement nombreuses et plusieurs patients ne bénéficient pas d'une prise en charge optimale. Il est essentiel que le patient soit directement impliqué dans la prise en charge de ses problèmes de santé : il ne peut pas mettre le fardeau exclusivement sur les épaules du médecin. Mais au-delà des implications légales, les études scientifiques confirment que plus le patient prend à charge sa propre santé, plus son état de santé s'améliore<sup>193</sup>.

### **3-La Fin de l'obligation de suivre**

L'obligation de suivre incombe à tous les médecins qui prennent en charge un patient que cela soit à la salle d'urgence ou dans un autre contexte. L'étendue de l'obligation est importante, mais elle n'est pas infinie : les tribunaux y ont reconnu quelques limites. Certaines situations vont mettre un terme temporaire ou définitif à l'obligation de suivi. D'abord, le patient peut lui-même mettre un terme au suivi (art.

---

<sup>191</sup> Médecins (Ordre professionnel des) c. Duval, 2012 CanLII 38962 (QCCDCM).

<sup>192</sup> Id., p.7.

<sup>193</sup> J. M. KIM, C. SUAREZ-CUERO, Z. BERGER, J. LEE, J. GAYLEARD, C. ROSENBERG, N. NAGY, K. WEEKS ET S. DY, «Evaluation of Patient and Family Engagement Strategies to Improve Medication Safety», (2017) Patient, p.1, L. SHIOZAKI, K. BURGOMASTER ET M. LEMONDE, «Improving Patient Engagement and Satisfaction: Lessons from a Patient-Driven Care Initiative in a Community-Based Hospital», (2017) 20 Healthc Q, p.1.

2128 C.c.Q) et dans certaines circonstances, cela relève le médecin de son obligation. De son côté, le médecin peut aussi mettre fin à l'obligation de suivre (art. 2126 C.c.Q.) en donnant un congé définitif à son patient ou encore en le transférant. Enfin, le médecin peut avoir à se faire remplacer ou même quitter la pratique médicale.

### 3.1 Le patient met fin au suivi

Le patient peut amener la fin de l'obligation de suivi s'il ne désire plus consulter le médecin. Cette décision devra toutefois être indiquée explicitement au dossier du patient. Ceci est d'ailleurs prévu au *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*<sup>194</sup> : « le résumé ou compte rendu de toute communication avec le patient » doit être versé au dossier. Par contre ceci ne relève pas le médecin de l'obligation d'informer le patient s'il reçoit par la suite des résultats d'investigations qui nécessitent un suivi<sup>195</sup>.

À cet effet, le Collège des médecins a déjà sanctionné un médecin qui n'a pas fait un suivi adéquat, car le patient était « difficile ». Le comité de discipline prend position en affirmant que lorsqu'un patient est difficile et n'accepte pas tout le temps la prise en charge médicale, le médecin doit « à tout le moins tenter d'assurer le suivi du patient »<sup>196</sup>. Dans ce contexte, le médecin doit inscrire une note au dossier si le patient refuse la prise en charge, notamment s'il refuse de se déplacer à ses rendez-vous<sup>197</sup>.

Ainsi, un patient dûment avisé de la nécessité d'un rendez-vous de suivi qui ne se présente pas à son rendez-vous vient de mettre fin de manière tacite à l'obligation de suivi du médecin. Il s'agit d'ailleurs d'une situation fréquemment rencontrée à la

---

<sup>194</sup> Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin, RLRQ, c. M-9, r 20.3 art. 6, par. 13.2.

<sup>195</sup> Rafferty c. Kulczycky, [1989] R.R.A. 582 (C.S.), [1994] R.J.Q. 1792 (C.A.) : le médecin doit prendre des moyens raisonnables pour rejoindre un patient qui doit être informé des résultats.

<sup>196</sup> Médecins (Ordre professionnel des) c. Morel, 2007 CanLII 73344 (QCCDCM) par. 59.

<sup>197</sup> Id., par. 59.

salle d'urgence. Certains patients vont quitter l'urgence avec un rendez-vous auprès d'un spécialiste ou encore du médecin de l'urgence pour un suivi serré requis par leur condition. Un patient ainsi avisé de la nécessité du suivi qui refuse de se présenter libère dès lors le médecin de l'urgence de son obligation de suivi.

Une autre situation qui relève le médecin de son obligation de suivi est lorsque le patient décide lui-même d'être pris en charge par un autre médecin. Ainsi, une patiente souffrant d'un problème à l'épaule qui informe son médecin qu'elle est maintenant prise en charge par un orthopédiste met fin à l'obligation de suivi du médecin en lien avec sa condition<sup>198</sup>. Dans un autre cas, une patiente subit des complications post-opératoires et décide d'être suivie par un autre orthopédiste. Le Tribunal ne peut pas tenir responsable le premier médecin orthopédiste d'un manque de suivi, puisqu'elle a refusé de retourner voir celui-ci et a été prise en charge par un deuxième orthopédiste<sup>199</sup>.

En résumé, le patient doit être vigilant lorsqu'il met fin au suivi : Un patient insatisfait des soins reçus peut quitter son médecin pour un autre, mais il accepte de perdre le suivi médical par le premier médecin. Mentionnons qu'un patient peut obtenir une deuxième opinion<sup>200</sup> auprès d'un autre médecin, mais qu'il ne doit pas « magasiner » son médecin et changer d'un à l'autre à son gré.

### **3.2 Les transferts**

À la salle d'urgence, une forte proportion des patients évalués ne pourront pas retourner à la maison. Le médecin d'urgence devra alors décider si le patient nécessite une hospitalisation, un transfert ou alors une consultation en spécialité. Suivant ce processus, l'obligation du suivi du médecin d'urgence devrait prendre fin. Les auteurs Philips-Nootens et Kouri soulignent que « dès qu'il entreprend de prodiguer des soins

---

<sup>198</sup> Marcelin c. Leblanc, préc., note 139, par. 67.

<sup>199</sup> Dashtgul c. Kornacki, 2010 QCCS 6248.

<sup>200</sup> Code de déontologie des médecins, préc. note 15, art. 26 : « Le médecin doit reconnaître le droit du patient de consulter un confrère, un autre professionnel ou une autre personne compétente ».

à un malade le médecin devient tributaire de l'obligation de le suivre, du moins tant qu'il sera considéré comme le médecin traitant »<sup>201</sup>. Ainsi, le médecin d'urgence est manifestement le médecin traitant du patient lors de son séjour à la salle d'urgence. Ceci étant dit, il appert intéressant d'observer à quel moment prend fin le rôle de médecin traitant.

Le transfert du patient à un consultant est l'une des situations courantes à travers lesquelles un médecin de l'urgence met fin à son obligation de suivi. À cet effet, le médecin de l'urgence est seulement relevé de son obligation de suivi qu'à partir du moment où le patient est véritablement pris en charge par le consultant<sup>202</sup>. Dans l'affaire *Saint-Jean c. Mercier*<sup>203</sup>, un patient polytraumatisé arrive à la salle d'urgence et subit plusieurs fractures. Le médecin d'urgence transfère alors le cas à l'orthopédiste. L'orthopédiste n'exécute pas un suivi adéquat de toutes les fractures et omet de s'occuper de la fracture cervicale. Le médecin d'urgence qui avait avisé verbalement l'orthopédiste de la possibilité d'une fracture cervicale est alors exonéré de toute faute.

Dans d'autres situations, le médecin de l'urgence doit transférer le patient dans un autre établissement. La décision de transférer un patient qui requiert des soins dans un centre plus spécialisé s'inscrit dans l'obligation de suivi du médecin de l'urgence<sup>204</sup>. Il doit alors obtenir l'accord d'un médecin du centre receveur pour procéder au transfert du patient. Le médecin traitant a la responsabilité de fournir les informations pertinentes au médecin receveur et la communication entre les deux médecins est

---

<sup>201</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R.P. KOURI ET P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 10, par. 360.

<sup>202</sup> Code de déontologie des médecins, préc. note 15, art. 33 : « Le médecin qui dirige un patient vers un autre médecin doit assumer la responsabilité de ce patient aussi longtemps que cet autre médecin n'a pas pris celui-ci en charge ».

<sup>203</sup> *Saint-Jean c. Mercier*, [1999] R.J.Q. 1658 (C.A.) (confirmé par [2002] 1 R.C.S. 491 quant à la faute mais absence de lien causal avec le préjudice).

<sup>204</sup> Code de déontologie des médecins, préc. note 15, art. 48 « Le médecin doit, dans l'exercice de sa profession, tenir compte de ses capacités, de ses limites ainsi que des moyens dont il dispose. Il doit, si l'intérêt du patient l'exige, consulter un confrère, un autre professionnel ou toute personne compétente pour le diriger vers l'une de ces personnes ».

primordiale au succès du transfert<sup>205</sup>. Le médecin qui transfère un patient reste donc responsable de son état tant que le patient n'est pas complètement pris en charge par le centre receveur.

Le médecin qui procède au transfert d'un patient doit par la suite décider quel type d'escorte médicale l'état du patient requiert. L'hôpital est par la suite tenu de fournir les professionnels requis. Dans l'affaire *Collins c. Centre hospitalier de Sept-Îles*<sup>206</sup> l'hôpital est blâmé de ne pas avoir respecté la prescription du médecin à l'effet que la patiente devait être accompagnée lors de son transfert. Le juge de la Cour du Québec tient responsable l'hôpital d'avoir refusé de fournir l'escorte médicale requis vu la pénurie de personnel<sup>207</sup>.

Le médecin doit aussi décider s'il doit lui-même accompagner le patient. Dans l'affaire *Kirschenbaum Green c. Surchin*<sup>208</sup>, un médecin reçoit un enfant très malade à sa clinique sans rendez-vous et l'oriente rapidement à la salle d'urgence. Bien que le médecin ait pris le temps d'aviser le centre hospitalier de l'arrivée imminente du patient, il devait lui-même accompagner le patient. Le juge affirme alors qu'un médecin qui a un patient très malade « ne peut l'abandonner à son sort ou le laisser seul avec une personne qui n'a pas l'expérience ni l'expertise pour lui prodiguer les soins d'urgence requis »<sup>209</sup>. Lors des situations dans lesquelles l'état clinique du patient est critique, une escorte médicale doit être mise en place.

---

<sup>205</sup> *Lapointe c. Le Gardeur*, [1989] R.J.Q. 2619 (C.A.) (infirmé sur un autre point par [1992] 1 R.C.S. 351) : La Cour suprême souligne l'importance de la communication des renseignements lors d'un transfert.

<sup>206</sup> *Collins c. Centre hospitalier de Sept-Îles*, [2000] R.J.Q. 2110 (C.Q.) Le médecin a rempli son obligation en prescrivant une escorte, le centre hospitalier refuse de la fournir. Le centre hospitalier est alors condamné.

<sup>207</sup> *Id.*, par. 39.

<sup>208</sup> *Kirschenbaum-Green c. Surchin*, [1993] R.R.A. 821 (Appel rejeté [1997] R.R.A. 39) : L'appel est rejeté pour absence de causalité.

<sup>209</sup> *Id.*, p.35.

À cet effet, le Collège des médecins du Québec a produit dès 1998 (mise à jour 2005) un *Guide d'exercice*<sup>210</sup> qui établit les critères à respecter au cours du transfert inter établissement et les conditions exigeant la présence médicale. Le Collège des médecins encourage ainsi les centres hospitaliers à établir des protocoles d'entente avec les centres hospitaliers de haut niveau. En effet, chaque centre possède sa propre façon de fonctionner et ses propres protocoles pour accepter les transferts. Malheureusement, il peut s'agir d'un véritable défi pour un médecin d'un centre régional de faire accepter le transfert<sup>211</sup>.

Tout récemment, la cause *Tremblay c. CSSS Maria-Chapdelaine*<sup>212</sup> explore les obligations des médecins en lien avec le transfert. Dans cette affaire, un enfant de 25 mois est victime d'une brûlure des voies aériennes et doit être intubé puis transféré au centre hospitalier spécialisé de la région. Lors du transfert, le patient subit un arrêt cardio-respiratoire causé par le mauvais appareillage du système ventilatoire. Le Tribunal examine alors si les médecins étaient fautifs de ne pas avoir accompagné eux-mêmes le patient dans l'ambulance. La partie demanderesse s'appuie sur l'article 4 du *Guide d'exercice* qui spécifie que « tout malade intubé à risque de complications durant le transport »<sup>213</sup> doit être accompagné. Le juge Rancourt conclut que bien que le patient était intubé, il n'existait « aucune condition préalable laissant suspecter un potentiel de complications »<sup>214</sup> et exonère les médecins.

Dans cette affaire, le juge Rancourt ajoute que le médecin « est en droit de se fier aux professionnels mis à sa disposition par le CSSSMC pour surveiller les signes vitaux, installer les équipements ventilatoires et procurer une assistance ventilatoire

---

<sup>210</sup> COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC, Transfert interétablissement et présence médicale, Montréal, Mise à jour d'un Guide d'exercice: "COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES D'URGENCE : PRISE EN CHARGE DES PATIENTS", 2005 en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-1998-12-12-fr-complementarite-services-urgence-prise-en-charge-des-patients.pdf>> (site consulté le 2 septembre 2017).

<sup>211</sup> Les centres receveurs acceptent les transferts sous réserve d'avoir des lits disponibles dans leur établissement, ce qui est un véritable défi à l'intérieur de notre système actuel.

<sup>212</sup> Tremblay c. CSSS Maria-Chapdelaine, 2017 QCCS 1727.

<sup>213</sup> COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC, préc., note 201, p.11.

<sup>214</sup> Tremblay c. CSSS Maria-Chapdelaine, préc., note 212, par. 308 : « La nécessité d'une escorte médicale se présente lorsque le patient est critiquement malade ou encore instable ».

adéquate »<sup>215</sup>. Ainsi, bien que la décision de transférer un patient dans un autre centre appartient à l'équipe médicale traitante, l'hôpital a la responsabilité de fournir l'équipement et le personnel nécessaire à la réalisation de ce transfert. Le médecin doit quant à lui statuer sur le personnel essentiel au transfert du patient et s'il doit lui-même accompagner ce dernier.

Un autre aspect important de la pratique de la médecine est le transfert de patient à la fin d'un quart de travail. À la fin de son tour de garde à la salle d'urgence le médecin doit transférer ses patients qui sont encore physiquement présents sur le plancher à son collègue, cela permet d'assurer au patient un suivi adéquat<sup>216</sup>. Le transfert de patient dans une salle d'urgence s'effectue en personne, de médecin à médecin, afin de préciser les éléments à surveiller et les particularités de chaque patient<sup>217</sup>.

Dans l'affaire *Lavoie c. Ordre professionnel des médecins*<sup>218</sup>, le Tribunal des professions confirme la décision du Conseil de discipline de sanctionner un médecin pour avoir été négligent lors du transfert de son patient. Dans cette affaire, le médecin d'urgence termine son quart de nuit et demande une consultation en cardiologie et une hospitalisation pour son patient, sans transférer le cas à son collègue du quart de travail de jour. Le Syndic du Collège des médecins considère alors que le patient a été véritablement abandonné : ce dernier attendait sa prise en charge par l'équipe d'hospitalisation et présentait une situation clinique instable<sup>219</sup>. Le médecin ne peut pas se défendre d'avoir suivi les règles administratives de son hôpital à l'effet que le transfert de patients se faisait de manière « automatique »<sup>220</sup>. Le médecin doit être

---

<sup>215</sup> Id., par. 328.

<sup>216</sup> S. PHILIPS-NOOTENS, R.P. KOURI ET P. LESAGE-JARJOURA, préc., note 10, par. 400 : « De plus, à la fin de ses heures de garde, il doit lui assurer un suivi adéquat. Ceci se fait habituellement par le transfert un collègue ».

<sup>217</sup> Duchesne c. Lévesque, 2017 QCCS 2692 par. 119 : «Paradis témoigne qu'à la fin de son quart de nuit, il a procédé au transfert du dossier personnellement en discutant avec son remplaçant de nuit » et para 120 « Ce que Paradis, de toute évidence, s'est acquitté avec professionnalisme dans le contexte des «urgences» en milieu hospitalier pour un patient amené par les services ambulanciers ».

<sup>218</sup> *Lavoie c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2005 QCTP 49.

<sup>219</sup> Id., par. 9.

<sup>220</sup> Id., par. 21.

personnellement impliqué dans le transfert de son patient et ne peut pas « suivre aveuglément les règles administratives »<sup>221</sup>.

Dans le même sens, un médecin qui reçoit un transfert de son collègue lors d'un tour de garde ne peut pas refuser de suivre le patient. Le Collège des médecins a d'ailleurs blâmé un médecin qui a refusé, lors de son tour de garde, d'effectuer le suivi postopératoire d'un collègue avec qui il entretenait des relations difficiles<sup>222</sup>. Le chirurgien a alors simplement laissé une note au dossier médical du patient en indiquant qu'il ne le prendrait pas en charge durant sa garde. Le patient a subi les frais d'un conflit interpersonnel entre deux collègues et le chirurgien a été sanctionné.

Enfin, lorsqu'un médecin quitte pour des raisons personnelles (vacances, congrès, maladies, maternité, etc.), il ne peut le faire que s'il est adéquatement remplacé<sup>223</sup>. Ainsi, les patients ne sont pas abandonnés : un collègue va assurer le suivi des résultats pendant la période d'absence. Lors de cette période, le collègue va s'occuper des résultats dits « urgents » et prendre en charge le patient concerné. Le remplaçant est alors véritablement responsable des urgences qui vont survenir lors de la période de remplacement<sup>224</sup>. Au retour des vacances, le premier médecin va reprendre la charge de ses patients. Le médecin qui s'absente reste donc tributaire de son obligation de suivre, notamment en s'assurant d'être adéquatement remplacé lors de son absence, puis en reprenant la charge de ses patients à son retour.

### **3.3 Le médecin met fin au suivi**

Il est également raisonnable pour le médecin de mettre fin à un suivi avec un patient sous certaines circonstances. L'article 19 du *Code de déontologie* prévoit que :

---

<sup>221</sup> Id., par. 21.

<sup>222</sup> Médecins (Ordre professionnel des) c. Hoyeck, [2004] D.D.O.P. 150 (rés.) (Appel rejeté 2005 QCTP 104).

<sup>223</sup> Code de déontologie des médecins, préc. note 15, art. 35 : « Le médecin qui ne peut plus assumer le suivi médical requis chez un patient doit, avant de cesser de le faire, s'assurer que celui-ci peut continuer à obtenir les services professionnels requis et y contribuer dans la mesure nécessaire ».

<sup>224</sup> Ainsi, chaque médecin est responsable de ses propres fautes, voir *De Bogay c. Royal Victoria Hospital*, [1987] R.R.A. 613 (C.A.) ; *Drapeau-Gourd c. Power*, 1982 J.E. 82-424 (C.S.).



« Le médecin peut mettre fin à une relation thérapeutique lorsqu'il a un motif juste et raisonnable de le faire, notamment lorsque les conditions normales requises pour établir ou maintenir une confiance mutuelle sont absentes ou si cette confiance n'existe plus. L'incitation de la part du patient à l'accomplissement d'actes illégaux, injustes ou frauduleux constitue un motif raisonnable. »<sup>225</sup>

À titre d'exemple, cette situation peut survenir à la salle d'urgence lorsqu'un patient falsifie une prescription de narcotique. Il est alors raisonnable pour le médecin de cesser le suivi avec le patient en refusant de renouveler les prescriptions.

Par contre, le médecin ne peut pas mettre fin à une relation thérapeutique à cause d'une différence d'opinions. En 2006, le Collège des médecins rappelait dans un énoncé de position<sup>226</sup> à ses membres qu'ils ne peuvent pas cesser de suivre un patient parce que ceux-ci décident de recevoir des traitements à l'étranger qui ne sont pas reconnus au Québec ou de suivre des traitements alternatifs. En fait, refuser de traiter un patient qui a fait le choix d'une autre méthode de traitement est une forme de discrimination interdite par l'article 23 du *Code de déontologie*<sup>227</sup>.

Finalement, une dernière situation qui permet à un médecin de cesser de suivre un patient est lorsque celui-ci cesse de pratiquer. Le Code de déontologie prévoit par contre quelques dispositions. Ainsi, le médecin doit s'assurer dans la mesure du possible que le patient pourra continuer à obtenir les services médicaux qu'il

---

<sup>225</sup> Code de déontologie des médecins, préc. note 15, art. 19.

<sup>226</sup> COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC, Énoncé de position: LE MÉDECIN ET LES TRAITEMENTS NON RECONNUS, Montréal, 2006, en ligne: <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2006-03-01-fr-medecin-et-traitements-non-reconnus.pdf>> (site consulté le 2 septembre 2017).

<sup>227</sup> Code de déontologie des médecins, préc. note 15, art. 23 : « Le médecin ne peut refuser d'examiner ou de traiter un patient pour des raisons reliées à la nature d'une déficience ou d'une maladie ou au contexte dans lequel cette déficience ou cette maladie présentée par ce patient est apparue ou pour des raisons de race, de couleur, de sexe, de grossesse, d'état civil, d'âge, de religion, d'origine ethnique ou nationale ou de condition sociale de ce patient ou pour des raisons d'orientation sexuelle, de mœurs, de convictions politiques ou de langue ».

requiert<sup>228</sup>. Il doit aussi donner un préavis à ses patients avec de quitter définitivement et aviser son Ordre professionnel de la cessation de sa pratique<sup>229</sup>.

## Conclusion

À différentes occasions, les Tribunaux ont souligné le contexte particulier du travail à la salle d'urgence et la notion que le patient y est de « passage »<sup>230</sup>. Par contre, l'étude de la jurisprudence et de la doctrine révèle que l'obligation de suivi qui incombe au médecin qui pratique à l'urgence est particulièrement exigeante. Les difficultés de suivi relevant du type de pratique propre à la salle d'urgence (haut débit de patients, nouveaux patients, lourdeur des cas, etc.) nécessitent une vigilance accrue de la part des médecins. Faut-il le rappeler, le fait de travailler à la salle d'urgence n'atténue pas la responsabilité du médecin à l'égard des suivis de résultats anormaux.

Par contre, le patient qui se présente à la salle d'urgence ne peut pas s'attendre à voir ses problèmes de santé chroniques non urgents pris en charge. Prenons l'exemple d'une hypertension débutante ou encore d'une hypercholestérolémie : le médecin aura comme obligation d'orienter le patient vers le bon service, soit une consultation en clinique externe ou encore une inscription au guichet d'accès. De la même manière, un patient ne peut pas s'attendre à obtenir un renouvellement de ses médicaments si ceux-ci nécessitent un suivi rapproché ou une prise en charge.

De plus, la décision d'accorder le congé du patient est l'une des décisions les plus importantes prises par le médecin d'urgence. Dans la majorité des cas, le patient n'aura toujours pas de diagnostic définitif et le médecin devra s'assurer que les pathologies dangereuses ont été éliminées. Qui plus est, la guérison du patient se

---

<sup>228</sup> Id., art. 35 « Le médecin qui ne peut plus assumer le suivi médical requis chez un patient doit, avant de cesser de le faire, s'assurer que celui-ci peut continuer à obtenir les services professionnels requis et y contribuer dans la mesure nécessaire ».

<sup>229</sup> Id., art. 36 « Le médecin doit, advenant une cessation d'exercice complète ou partielle, en informer ses patients en leur donnant un préavis dans un délai raisonnable ».

<sup>230</sup> Médecins (Ordre professionnel des) c. Banh, 2007 CanLII 73340 (QC CDCM), par. 25, Duchesne c. Lévesque, préc., note 217, par. 110.

terminera souvent à la maison, car dans l'état actuel de notre système de santé, il est impossible de garder chaque patient à l'hôpital pour constater leur guérison. Ainsi donc, le patient obtient son congé de l'hôpital alors qu'il n'a pas de diagnostic définitif et que sa guérison n'est pas complétée! Il n'est donc pas surprenant que le congé de la salle d'urgence revête autant d'importance, et ce, autant du point de vue clinique que juridique.

La notion de « congé éclairé » nous vient de la jurisprudence des années 90, mais est toujours autant d'actualité. Les Tribunaux se sont montrés particulièrement exigeants envers les médecins d'urgence. Entre autres, le médecin de l'urgence doit être en mesure d'expliquer quels sont les symptômes d'alarme à surveiller et se faire comprendre par son patient<sup>231</sup>. Il doit aussi veiller à ne pas prodiguer un « faux sentiment de sécurité »<sup>232</sup> et être vigilant s'il remet des instructions écrites<sup>233</sup>. Parallèlement, le rôle du patient est d'offrir sa collaboration au médecin et de suivre les recommandations. Il doit notamment être en mesure d'identifier une détérioration de son état tel qu'une personne raisonnable serait capable de le faire. Rappelons que la faute contributoire du patient à son propre préjudice a été reconnue à quelques occasions.

C'est un fait, plusieurs patients qui se présentent à la salle d'urgence n'obtiendront pas leur congé le jour même. Les médecins d'urgence travaillent généralement sous des quarts de travail de 8 heures : le patient sera ensuite transféré à un autre médecin, et ce, plus d'une fois<sup>234</sup>! Le transfert implique que le patient sera sous la supervision d'un autre médecin d'urgence en attendant la prise en charge par un spécialiste ou encore une admission à l'étage. Le transfert peut aussi exiger de déplacer le patient dans un autre établissement. Bref, chacun de ses transferts engage la responsabilité des deux médecins qui sont impliqués.

---

<sup>231</sup> Kimmis-Paterson c. Rubinovich, préc., note 127.

<sup>232</sup> Camden-Bourgault c. Brochu, préc., note 48.

<sup>233</sup> Drolet c. Parenteau, préc., note 23.

<sup>234</sup> Lors d'un séjour de 48h à la salle d'urgence un patient peut être sous la responsabilité de cinq différents médecins d'urgence.

Alors qu'un médecin de famille va suivre en moyenne 1500 patients au cours de sa carrière<sup>235</sup>, un médecin d'urgence verra plus de 1500 nouveaux patients chaque année<sup>236</sup>. Il devient alors essentiel d'avoir une alliance thérapeutique avec le patient et un bon mécanisme de communication avec les médecins de famille. Le médecin d'urgence ne peut pas s'occuper personnellement de chaque suivi, conséquemment le patient doit être responsabilisé dans la prise en charge de son problème de santé. S'il ne suit pas les recommandations ou ne se présente pas pour ses examens de suivi alors qu'il a été adéquatement renseigné, le patient sera tenu responsable. Les faits sont clairs : le médecin de l'urgence n'est malheureusement pas un médecin de famille.

---

<sup>235</sup> Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée, RLRQ, c. A-2.2 ; prévoit qu'un médecin qui a plus de 25 ans de pratique devrait suivre 1500 patients.

<sup>236</sup> FRANCOIS-PIERRE GLADU, préc., note 190: en 2011 un médecin d'urgence voyait en moyenne 1416 patients par année.

## Annexe1

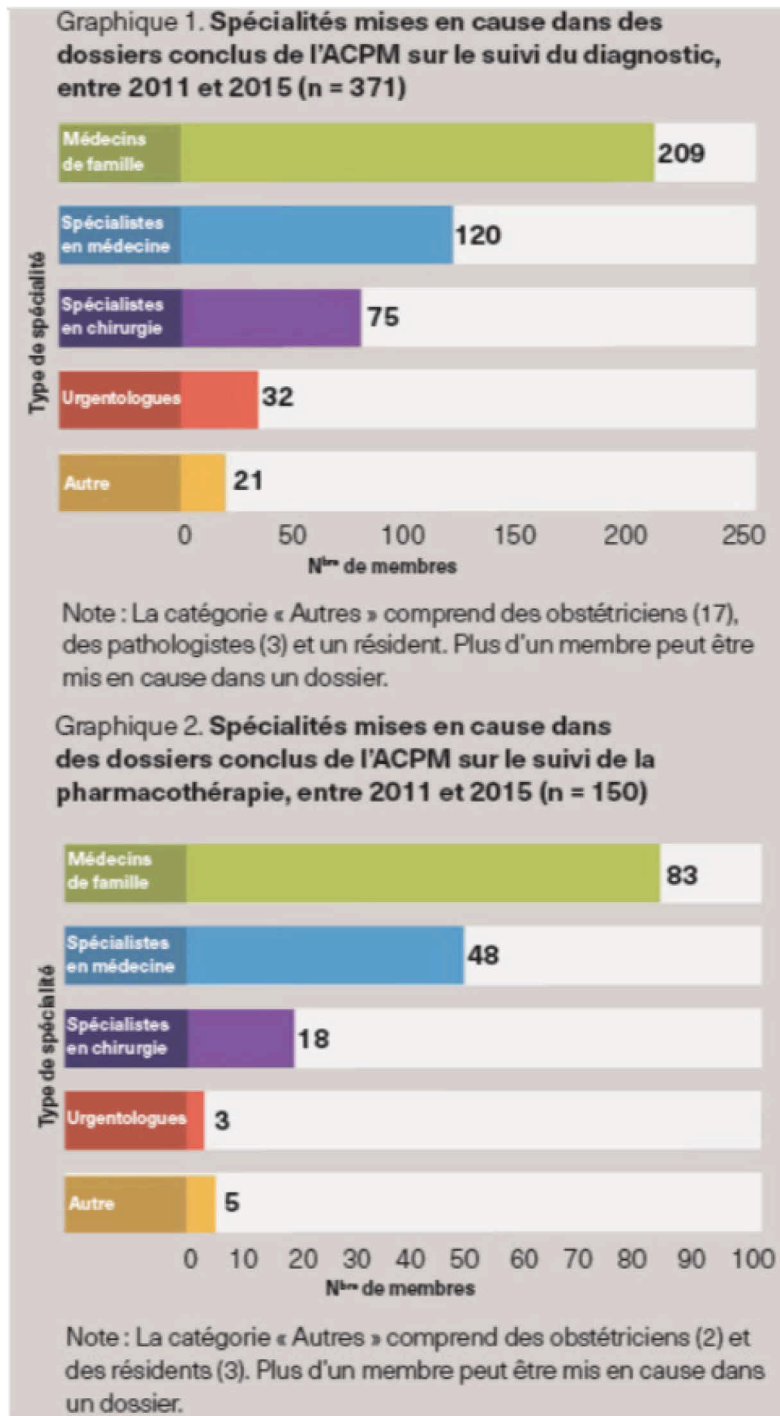


Image tiré de : ACPM, *Suivi des investigations et des pharmacothérapies : Certains milieux de pratique sont-ils plus à risque?*, Sécurité des soins, Décembre 2016, en ligne : <[https://www.cmpa-acpm.ca/fr/safety//asset\\_publisher/N6oEDMrzRbCC/content/shifting-practice-settings-makes-following-up-investigations-and-monitoring-medication-tougher-strategies-for-managing-risks](https://www.cmpa-acpm.ca/fr/safety//asset_publisher/N6oEDMrzRbCC/content/shifting-practice-settings-makes-following-up-investigations-and-monitoring-medication-tougher-strategies-for-managing-risks)> (site consulté de 6 février 2017).

## Bibliographie

### Législation

---

*Code civil du québec*, L.Q. 1991, c. 64

*Code de déontologie des médecins*, RLRQ, c. M-9, r.17

*Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée*, RLRQ, c. A-2.2

*Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2

*Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, RLRQ, c. S-5, r5

*Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*, RLRQ, c. M-9, r 20.3

### Jurisprudence

---

*A.Q. c. Hôpital Fleury*, 2008 QCCS 531

*Bergeron c. Faubert*, [1996] R.R.A. 820 (C.S.) (confirmé par [2000] J.Q. no 6184 (C.A.))

*Berlinguet c. Lamson-Engo*, 2009 QCCS 910

*Bérubé c. Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis*, [2003] R.R.A. 374

*Bolduc c. Lessard*, [1989] R.R.A. 350, 357. (C.S.) (confirmé par [1993] R.R.A. 291 (C.A.))

*Boulet c. Léveillé*, [1990] R.R.A. 412 (C.S.)

*Camden-Bourgault c. Brochu*, [1996] R.R.A. 809 (C.S.) (confirmé quant à la responsabilité du médecin par [2001] R.J.Q. 832 (C.A.))

*Centre hospitalier de l'Université de Montréal c. Batoukaeva*, 2008 QCCA 104

*Chouinard c. Robbins*, [2002] R.J.Q. 60 (C.A.)

*Collins c. Centre hospitalier de Sept-Îles*, [2000] R.J.Q. 2110 (C.Q.)

*Couture c. Hôtel-Dieu d'Arthabaska*, [2008] R.R.A. 697 (C.S.)

*Dashtgul c. Kornacki*, 2010 QCCS 6248

*De Bogyay c. Royal Victoria Hospital*, [1987] R.R.A. 613 (C.A.)

*Drapeau-Gourd c. Power*, 1982 J.E. 82-424 (C.S.)

*Drolet c. Parenteau*, [1991] R.J.Q. 2956, 2959 (C.S.) (confirmé sur le fond par [1994] R.J.Q. 689 (C.A.))

*Duchesne c. Lévesque*, 2017 QCCS 2692

*E.F. c. Bourdua*, 2007 QCCS 6020

*Émond c. Benhaim*, 2011 QCCS 4755 (Appel accueilli en partie 2014 QCCA 2207, Pourvoi à la Cour suprême accueilli avec dissidence 2016 CSC 48)

*Engstrom c. Courteau*, [1986] R.J.Q. 3048 (C.S.)

*Fisch c. St-Cyr*, [2005] R.J.Q. 19944 (C.A.), [2003] R.J.Q. 1582 (C.S.)

*Garcia c. Soucy*, [1990] R.R.A. 243 (C.S.)

*Gburek c. Cohen*, [1988] R.J.Q. 2424 (C.A.)

*Girouard c. Hôpital Royal Victoria*, [1987] R.R.A. 858 (C.S.)

*Hamel c. Haché*, [1999] R.R.A. 12 (C.A.)

*Harewood-Green c. Spanier*, [1995] R.R.A. 147 (C.S.) (confirmé quant à la responsabilité par [2000] R.R.A. 864 (C.A.))

*Hudon c. Cloutier*, 2010 QCCS 4612

*Kiley-Nikkel c. Danais et al.*, [1992] R.J.Q. 2830

*Kimmis-Paterson c. Rubinovich*, [2000] R.R.A. 26, 28 (C.A.)

*Kirschenbaum-Green c. Surchin*, [1993] R.R.A. 821 (Appel rejeté [1997] R.R.A. 39)

*Laferrière c. Lawson*, [1991] 1 R.C.S. 541

*Lambert c. Lefebvre*, [1997] R.R.A. 699 (C.S.)

*Lapointe c. Le Gardeur*, [1989] R.J.Q. 2619 (C.A.) (infirmé sur un autre point par [1992] 1 R.C.S. 351)

*Laurent c. Hôpital Notre-Dame de l'Espérance*, [1978] 1 R.C.S. 605

*Lauzon c. Taillefer*, [1991] R.R.A. 62,72 (C.S.)

*Lavoie c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2005 QCTP 49

*Lefebvre c. Madore*, [1996] R.R.A. 25

*Legault c. Parenteau*, [1988] R.J.Q. 2883, 2888 (C.S.)

*Malette c. Bourdon*, [2000] R.R.A. 372 (C.S.) (confirmé par (C.A., 2002-11-13), no 500-09-009415-001)

*Marcelin c. Leblanc*, 2009 QCCS 4293

*Médecins (Ordre professionnel des) c. Banh*, 2007 CanLII 73340 (QC CDCM)

*Médecins (Ordre professionnel des) c. Blais*, 2010 CanLII 12711 (QCCDCM) (appel sur culpabilité rejeté T.P., 2011-04-13)

*Médecins (Ordre professionnel des) c. Boileau*, 2015 CanLII 24202 (QCCDCM)

*Médecins (Ordre professionnel des) c. Chen Kiow*, 2017 CanLII 34435 (QCCDCM)

*Médecins (Ordre professionnel des) c. Corbeil*, 2015 CanLII 56989 (QC CDCM)

*Médecins (Ordre professionnel des) c. Duval*, 2012 CanLII 38962 (QCCDCM)

*Médecins (Ordre professionnel des) c. Fanous*, 2009 CanLII 31615 (QCCDCM)

*Médecins (Ordre professionnel des) c. Faria*, 2013 CanLII 70165 (QCCDCM)

*Médecins (Ordre professionnel des) c. Fortin*, 2014 CanLII 187817 (QCCDCM)

*Médecins (Ordre professionnel des) c. Hannouche*, 2014 CanLII 38962 (QCCDCM)

*Médecins (Ordre professionnel des) c. Hébert*, 2014 CanLII 38645 (2014-07-07) (QCCDCM)

*Médecins (Ordre professionnel des) c. Hoyeck*, [2004] D.D.O.P. 150 (rés.) (Appel rejeté 2005 QCTP 104)

*Médecins (Ordre professionnel des) c. Lachance*, 2013 CanLII 68651 (QCCDCM)

*Médecins (Ordre professionnel des) c. Lapointe*, 2014 CanLII 44333 (QCCDCM)



*Médecins (Ordre professionnel des) c. Lavallée*, 2009 CanLII 56307 (QCCDCM)

*Médecins (Ordre professionnel des) c. Morel*, 2007 CanLII 73344 (QCCDCM)

*Médecins (Ordre professionnel des) c. Nguyen*, 2015 CanLII 60203 (QCCDCM)

*Médecins (Ordre professionnel des) c. Parent* 2017 CanLII 47421 (QC CDCM)

*Médecins (Ordre professionnel des) c. Sioufi*, 2017 CanLII 47417 (QCCDCM)

*Médecins (Ordre professionnel des) c. Smoley*, 2016 CanLII 6241 (QCCDCM)

*Montpetit c. Léger*, [2000] R.J.Q. 2582 (C.S.)

*Moreau c. Fugère*, [2002] R.J.Q. 404 (C.S.)

*Pelletier c. Coulombe*, [1996] R.J.Q. 2314 (C.S.)

*Rafferty c. Kulczycky*, [1989] R.R.A. 582 (C.S.), [1994] R.J.Q. 1792 (C.A.)

*Ratelle c. Hôpital Côté de la santé de Laval*, [2000] R.R.A. 697 (C.S.) (confirmé par B.E. 2005BE-17 (C.A.))

*Saint-Jean c. Mercier*, [1999] R.J.Q. 1658 (C.A.) (confirmé par [2002] 1 R.C.S. 491 quant à la faute mais absence de lien causal avec le préjudice)

*Savard (Succession de) c. Houle*, [2009] R.R.A. 491 (C.S.)

*Simard c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2012 QCTP 20

*Sirois c. Baillargeon*, [1996] A.Q. No. 4195 (C.A. Qué.)

*Soltani c. Desnoyers*, 2008 QCCS 1720

*Stacey c. Plante*, [1979] 665 (C.S.)

*Steinberg c. Mitnick*, 2016 QCCS 4749

*Stunell c. Pelletier*, [1999] R.J.Q. 2863, 2873 (C.S.)

*Suite c. Cooke*, [1993] R.J.Q. 514 (C.S.) (confirmé par [1995] R.J.Q. 2765 (C.A.))

*Thivierge c. Gouriou*, 2011 QCCQ 340

*Tremblay c. CSSS Maria-Chapdelaine*, 2017 QCCS 1727

*Tremblay c. Maalouf*, [2000] R.R.A. 772

*X c. Mellen*, [1957] B.R. 359

---

## Doctrine

---

### *Monographie*

BAUDOUIN, J.-L., P. DESLAURIERS ET B. MOORE, *La responsabilité civile, Volume 2*, 8e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2014

BERNARDOT, A. ET R.P. KOURI, *La responsabilité civile médicale*, coll. «Collection Monographies juridiques», Sherbrooke, Éditions Revue de Droit, 1980

PHILIPS-NOOTENS, S., R.P. KOURI ET P. LESAGE-JARJOURA, *Éléments de responsabilité civile médicale : le droit dans le quotidien de la médecine*, 4e édition, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2016

### *Articles de revue (droit)*

BERNARD, C., «Ce n'est pas moi, c'est l'autre», (12 mai 2017) Le Collège des médecins du Québec, en ligne : <<http://www.cmq.org/nouvelle/fr/ce-n-est-pas-moi-c-est-l-autre.aspx>> (site consulté le 2 juillet 2017)

DESCHENES, M., «Le suivi médical : il y va de la santé de vos patients», (Printemps 2008) 48 no 2 *LE COLLÈGE* 15

DIRECTION DES SERVICES JURIDIQUES, «Le suivi médical – Qu'en est-il de la responsabilité professionnelle et de la tenue de dossiers?», (1 décembre 2016) *Collèges des médecins du Québec*, en ligne: <<http://www.cmq.org/nouvelle/fr/suivi-medical-responsabilite-professionnelle-et-tenue-de-dossiers.aspx>> (site consulté le 2 septembre 2017)

GLADU, F.-P., «Mode d'emploi pour briser la confiance entre l'état et les médecins», (Juin 2015) *Santé Inc*

LEROUX, J.-F., «La responsabilité médicale dans le contexte de la médecine multidisciplinaire: d'une responsabilité individualisée vers une responsabilité collective», dans S.F.C.B.Q., *Développement récents en droit médico-légal et responsabilité des chirurgiens (2011)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais

MENARD, J.-P., « Droits des usagers à la salle d'urgence », dans BOURASSA-FORCIER, Mélanie, SAVARD, Anne-Marie, *Droit et politiques de la santé*, LexisNexis Canada Inc., Montréal, 2014, chapitre 10

MENARD, J.-P., «L'obligation de suivre du chirurgien», dans S.F.P.B.Q., *Développements récents en droit médico-légal et responsabilité des chirurgiens*, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2011, p. 1

PAYETTE, D.W., «Congé éclairé: le difficile équilibre entre les responsabilités respectives du médecin et du patient», dans S.F.P.B.Q., *Développements récents en responsabilité médicale et hospitalière*, Montréal, Édition Yvon Blais, 2005, p. 1

### *Articles de revue (médecine)*

HALL, J., GRAHAM, J., MCGOWAN, M., & CHENG, A. (2017). MP08: WHAT'S THE PLAN?: IMPROVING ED PATIENT DISCHARGE COMMUNICATION THROUGH PATIENT-CENTRED DISCHARGE HANDOUTS. CJEM, 19(S1), S67-S68. DOI:10.1017/CEM.2017.174,

JOHNSON, A. ET J. SANDFORD, «Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review», (2005) 20 *Health Educ Res*

KEMP, K.A.Q., HUDE; AND SANTANA, MARIA J. (2017) "LACK OF PATIENT INVOLVEMENT IN CARE DECISIONS AND NOT RECEIVING WRITTEN DISCHARGE INSTRUCTIONS ARE ASSOCIATED WITH UNPLANNED READMISSIONS UP TO ONE YEAR," PATIENT EXPERIENCE JOURNAL: VOL. 4 : ISS. 2 , ARTICLE 4,

KIM, J.M., C. SUAREZ-CUERVO, Z. BERGER, J. LEE, J. GAYLEARD, C. ROSENBERG, N. NAGY, K. WEEKS ET S. DY, «Evaluation of Patient and Family Engagement Strategies to Improve Medication Safety», (2017) *Patient*

ELWYN, G., A. EDWARDS, P. KINNERSLEY ET R. GROL, «Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices», (2000) 50 *Br J Gen Pract*

SHIOZAKI, L., K. BURGOMASTER ET M. LEMONDE, «Improving Patient Engagement and Satisfaction: Lessons from a Patient-Driven Care Initiative in a Community-Based Hospital», (2017) 20 *Healthc Q*

SPANDORFER, J.M., D.J. KARRAS, L.A. HUGHES ET C. CAPUTO, «Comprehension of discharge instructions by patients in an urban emergency department», (1995) 25 *Ann Emerg Med*

TOWLE, A. ET W. GODOLPHIN, «Framework for teaching and learning informed shared decision making», (1999) 319 *BMJ*

### ***Documents d'organisme publics***

ACPM, *La gestion efficace des résultats d'examens à l'hôpital : facteur clé pour établir un diagnostic en temps opportun et assurer la sécurité des patients*, Sécurité des soins, Décembre 2012 en ligne : < [https://www.cmpa-acpm.ca/fr/safety/-/asset\\_publisher/N6oEDMrzRbCC/content/effectively-managing-hospital-test-results-key-to-timely-diagnosis-and-patient-safety](https://www.cmpa-acpm.ca/fr/safety/-/asset_publisher/N6oEDMrzRbCC/content/effectively-managing-hospital-test-results-key-to-timely-diagnosis-and-patient-safety) > (site consulté en ligne le 6 février 2017)

ACPM, *Suivi des investigations et des pharmacothérapies : Certains milieux de pratique sont-ils plus à risque?*, Sécurité des soins, Décembre 2016, en ligne : <[https://www.cmpa-acpm.ca/fr/safety/-/asset\\_publisher/N6oEDMrzRbCC/content/shifting-practice-settings-makes-following-up-investigations-and-monitoring-medication-tougher-strategies-for-managing-risks](https://www.cmpa-acpm.ca/fr/safety/-/asset_publisher/N6oEDMrzRbCC/content/shifting-practice-settings-makes-following-up-investigations-and-monitoring-medication-tougher-strategies-for-managing-risks)> (site consulté de 6 février 2017)

ACPM, *Une gestion efficace des résultats d'examens améliore la sécurité des patients*, Sécurité des soins, Juin 2011 en ligne : <[https://www.cmpa-acpm.ca/fr/safety/-/asset\\_publisher/N6oEDMrzRbCC/content/how-effective-management-of-test-results-improves-patient-safety](https://www.cmpa-acpm.ca/fr/safety/-/asset_publisher/N6oEDMrzRbCC/content/how-effective-management-of-test-results-improves-patient-safety)> (site consulté le 6 février 2017)

COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC, *Énoncé de position: LE MÉDECIN ET LES TRAITEMENTS NON RECONNUS*, Montréal, 2006, en ligne: <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2006-03-01-fr-medecin-et-traitements-non-reconnus.pdf>> (site consulté le 2 septembre 2017)

COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC, *Les activités professionnelles qui peuvent être exercées par les résidents et les moniteurs*, Direction des études médicales, 16 novembre 2016

COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC, *Transfert interétablissement et présence médicale*, Montréal, Mise à jour d'une guide d'exercice: "COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES D'URGENCE : PRISE EN CHARGE DES PATIENTS", 2005 en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-1998-12-12-fr-complementarite-services-urgence-prise-en-charge-des-patients.pdf>> (site consulté le 2 septembre 2017)

COLLEGE DES MEDECINS DE FAMILLE DU CANADA, A.M.C., COLLEGE ROYAL DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA, *Sondage national des médecins*, (2010) en ligne: <<http://nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2012/08/national-demographics-fr.pdf>>, (site consulté le 6 février 2017)

CONSTATIONS DE L'ENQUETE DU COLLEGE ROYAL SUR L'EMPLOI, *Quelle est la réalité sous-jacente au chômage des spécialistes au Canada? Trop de médecins ou pas assez?*, Ottawa (Ontario), Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2013

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *Surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central*, Avis, 2e édition, 2009 en ligne: <<https://www.oiiq.org/publications/repertoire/surveillance-clinique-des-clients-qui-recoivent-des-medicaments-ayant-un-eff>> (consulté le 29 septembre 2017).

RAMQ, *Manuel des médecins omnipraticiens*, Brochure No1, mise à jour 30 octobre 2017, en ligne: <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecinsomnipraticiens/manuels/Pages/brochure-1.aspx> (site consulté le 3 novembre 2017), Chapitre VIII-disposition relatives aux effectifs médicaux, art. 30.00.

### *Articles de journaux*

KROL, A., «Accès aux médecins de famille: Sauver la face», (6 octobre 2016) *La Presse* +, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/debats/editoriaux/ariane-krol/201610/06/01-5028001-acces-aux-medecins-de-famille-sauver-la-face.php>> (site consulté le 2 juillet 2017)

LA PRESSE.CA, «DIXIÈME PALMARÈS DES URGENCES : TABLEAU ET CARTE INTERACTIVE», (Publié le 26 mai 2015 à 05h00) *lapressse.ca* en ligne: <<http://www.lapresse.ca/multimedias/201505/25/01-4872443-dixieme-palmares-des-urgences-tableau-et-carte-interactive.php>> (site consulté le 2 juillet 2017)

LACOURSIERE, A., «Mort de Paul Buisson: les deux médecins ont commis des erreurs», (24 avril 2009) *La Presse.ca*, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/200904/23/01-849638-mort-de-paul-buisson-les-deux-medecins-ont-commis-des-erreurs.php>> (site consulté le 5 juillet 2017)

STE-MARIE, M., «Hausse inquiétante des plaintes à l'endroit des médecins», (26 mai 2017) *ProfessionSanté.ca*, en ligne: <<http://www.professionsante.ca/medecins/mpratiquedroit-et-pratique/suivi-des-resultats-dexamens-medicaux-hausse-inquietante-des-plaintes-42119>> (site consulté le 3 juillet 2017)